

# UNTERSTÜTZUNGSMÖGLICHKEITEN VON KINDERN PSYCHISCH KRANKER ELTERN IM KONTEXT DER ERWACHSENENPSYCHIATRIE



Bachelor-Thesis zum Erwerb  
des Bachelor-Diploms in Sozialer Arbeit

Berner Fachhochschule  
Fachbereich Soziale Arbeit

Martina Brönnimann  
Rahel Kocher

*Die Bachelorarbeit wurde für die Publikation formal überarbeitet.*

# Unterstützungsmöglichkeiten von Kindern psychisch kranker Eltern im Kontext der Erwachsenenpsychiatrie

Bachelor-Thesis zum Erwerb  
des Bachelordiploms in Sozialer Arbeit

Berner Fachhochschule  
Soziale Arbeit

Vorgelegt von

Rahel Kocher  
Martina Brönnimann

Bern, Dezember 2011

Gutachterin: Prof. Nina Wyssen-Kaufmann, lic.phil.I / Master of Arts

## **Danksagung**

Wir danken Prof. Nina Wyssen-Kaufmann für die fachlichen Inputs und die unterstützende Begleitung. Dank gebührt auch den Experten, welche uns ihr Wissen und ihre Zeit zur Verfügung gestellt haben.

## **Unterstützungsmöglichkeiten von Kindern psychisch kranker Eltern im Kontext der Erwachsenenpsychiatrie**

### **Abstract**

In der Schweiz leben schätzungsweise 20'000 bis 30'000 Kinder mit einem psychisch kranken Elternteil. Es ist empirisch belegt, dass Kinder und Jugendliche, welche mit psychisch kranken Eltern aufwachsen, von einem bis zu sechsmal höheren Risiko betroffen sind selbst eine psychische Störung zu entwickeln. Auffallend dabei ist die Erkenntnis aus der Forschung, dass trotz den multiplen Belastungen, die eine psychische Erkrankung eines Elternteils mit sich bringen kann, die meisten Kinder keine dauerhaften, kinderpsychiatrischen Auffälligkeiten zeigen. Doch lassen sich die Risikofaktoren nicht ohne weiteres beseitigen, und entscheidend ist es, die Kinder in ihrer Situation zu stärken. Zentral für die positive, kindliche Entwicklung ist das Vorhandensein von protektiven Faktoren. Dies weist auf die Bedeutsamkeit der Prävention und daraus resultierend auf das Vorhandensein von Unterstützungsangeboten hin.

Aus deutschen Studien ist bekannt, dass in der Erwachsenenpsychiatrie die Kinder im Behandlungsprozess der erkrankten Eltern wenig Unterstützung erfahren. Beim Klinikaufenthalt liegt der Fokus auf dem kranken Familienmitglied. Aus diesem Grund geht die vorliegende Arbeit der Frage nach, welche Unterstützungsmöglichkeiten die Erwachsenenpsychiatrie einer Deutschschweizer Grossstadt minderjährigen Kindern psychisch kranker Eltern bietet. Aufgrund fehlender Studien und unzureichend vorhandenen Informationsmaterialien zur Situation in der untersuchten Grossstadt, wird die Fragestellung der Thesis durch drei leitfadengestützten Experteninterviews beantwortet.

Zur theoretischen Fundierung der Hauptfragestellung dieser Arbeit und um die Relevanz zur Unterstützung von Kindern zu begründen, ist empirisches Wissen über die Entwicklung des Kindes, die Schutz- und Risikofaktoren für die kindliche Entwicklung, die Auswirkungen der elterlichen Erkrankung auf den Alltag der Kinder und die Bewältigungsprozesse der Kinder erforderlich. Weiter werden im Theorieteil fallbezogene und fallübergreifende präventive Handlungsansätze vorgestellt.

Die Autorinnen der Bachelor-Thesis sind zu den Ergebnissen gelangt, dass die Psychiatrie drei Angebote für die Kinder oder ihre Eltern auf der fallbezogenen Ebene anbietet. Handlungsbedarf besteht auf der Ebene der fallübergreifenden Prävention, welche die Sensibilisierung der Öffentlichkeit und der Fachpersonen beinhaltet. Beim Klinikeintritt des erkrankten Elternteils muss die explizite Frage nach Kindern und deren psychosozialen Belastungen gestellt werden. Nur so werden Kinder als Angehörige wahrgenommen und eine systemische Betrachtungsweise kann zum Tragen kommen. Dies erleichtert den Eltern die Inanspruchnahme von Hilfen und Unterstützungen und bestehende Hemmschwellen lassen sich vermindern.

Erscheinungsjahr: 2011

Seitenzahl: 145

ISBN-Nr.: 978-3-03796-426-2

Elektronisches Buch: Kostenlos

Bestellung: [www.soziothek.ch](http://www.soziothek.ch)

Die Studie erscheint in der Schriftenreihe Bachelor- und Masterthesen der Berner Fachhochschule, Fachbereich Soziale Arbeit, in welcher Arbeiten mit dem Prädikat „sehr gut“ oder „hervorragend“ aufgenommen werden.

## Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung.....	1
1.1	Ausgangslage.....	2
1.2	Fragestellung.....	4
1.3	Vorgehen.....	5
1.4	Formales.....	6
2	Psychische Erkrankung und Familie .....	6
2.1	Störungsbilder.....	8
2.1.1	Depression.....	8
2.1.2	Schizophrenie .....	10
2.2	Entwicklungen in der Erwachsenenpsychiatrie.....	13
2.3	Psychische Erkrankungen im Familiensystem .....	15
3	Lebenssituation der Kinder .....	17
3.1	Einflussfaktoren .....	17
3.2	Wahrnehmen und Erleben der elterlichen Erkrankung .....	19
3.2.1	Kommunikationsverbot und Tabuisierung.....	19
3.2.2	Loyalitätskonflikt und Schuldgefühl.....	20
3.2.3	Parentifizierung, Betreuungsdefizite und Zusatzbelastungen .....	21
3.2.4	Desorientierung und Ängste .....	22
4	Mögliche Auswirkungen auf die Entwicklungsphasen der Kinder .....	23
4.1	Bindungstheorie.....	25
4.1.1	Historische Wurzeln und Entstehung der Bindung.....	25
4.1.2	Phasen der Bindungsentwicklung.....	28
4.2	Säuglings- und Kleinkindalter (Geburt bis 24 Monate) .....	29
4.3	Frühe Kindheit (zwei bis fünf Jahre).....	30
4.4	Mittlere Kindheit (sechs bis zehn Jahre).....	32
4.5	Adoleszenz (Pubertät bis Erwachsenenalter).....	33
4.6	Erwachsenenalter .....	34
5	Risiko- und Schutzfaktoren für die kindliche Entwicklung.....	35

5.1 Risikoerhöhende Bedingungen .....	37
5.1.1 Vulnerabilität .....	37
5.1.2 Risikofaktoren .....	39
5.2 Risikomildernde Bedingungen .....	41
5.2.1 Kindzentrierte Schutzfaktoren.....	42
5.2.2 Familienzentrierte Schutzfaktoren .....	45
5.2.3 Soziale Schutzfaktoren.....	47
5.2.4 Zusammenspiel der Schutzfaktoren im Kind und seiner Umwelt .....	47
5.2.5 Spezielle Schutzfaktoren für Kinder psychisch kranker Eltern .....	48
5.2.6 Resilienz .....	49
6 Bewältigungsprozesse von Kindern psychisch kranker Eltern.....	51
6.1 Transaktionales Stressmodell.....	51
6.2 Copingstrategien nach Lazarus .....	53
6.3 Copingstrategien von Kindern psychisch kranker Eltern .....	54
7 Schlussfolgerungen aus der Theorie .....	58
8 Präventive Handlungsansätze in Deutschland.....	61
8.1 Fallbezogene Prävention .....	62
8.1.1 Primärprävention im Säuglings- und Kleinkindalter ( <i>Heppenheimer Modell</i> ).....	62
8.1.2 Prävention im Kindes- und Jugendalter .....	63
8.1.2.1 Projekte im ambulanten Setting ( <i>Projekt KIPKEL</i> ).....	64
8.1.2.2 Projekte im stationären Setting.....	65
8.1.2.3 Patenschaften ( <i>Patenprojekt bei PFIFF</i> ).....	66
8.1.3 Präventive Angebote auf der Elternebene .....	67
8.1.4 Präventive Ansätze auf der Familienebene ( <i>Balance</i> ) .....	67
8.2 Fallübergreifende Prävention ( <i>Initiative Netz und Boden</i> ) .....	68
9 Präventive Handlungsansätze in der Schweiz .....	71
9.1 Winterthurer Projekt.....	71
9.2 Situation in einer Deutschschweizer Grossstadt .....	74
9.2.1 Therapiegruppe für Kinder.....	74
9.2.2 Gruppe psychisch belasteter Eltern .....	75

9.2.3	Infogruppe für Patientinnen und Patienten mit minderjährigen Kindern .....	75
10	Empirie .....	76
10.1	Theoretische Aspekte der Qualitativen Sozialforschung .....	77
10.2	Das leitfadengestützte Experteninterview .....	77
10.2.1	Die Interviewpartner .....	78
10.2.2	Die Entwicklung des Leitfadens und der Fragen .....	79
10.3	Auswertungsverfahren.....	80
10.3.1	Transkription und Paraphrase.....	80
10.3.2	Kodieren und thematischer Vergleich .....	81
10.4	Prozessbeschreibung .....	82
10.5	Auswertung der Daten .....	83
10.6	Fazit zur Auswertung der Daten .....	97
11	Abschliessende Gedanken .....	100
11.1	Schlussfolgerungen .....	100
11.2	Diskussion .....	102
11.3	Ausblick.....	106
12	Quellenverzeichnis .....	107
13	Abbildungsverzeichnis.....	116
14	Anhang.....	117



## 1 Einleitung

In der Schweiz leiden gemäss dem Bundesamt für Gesundheit (o.J.) jährlich ungefähr 20 bis 25 Prozent der gesamten Bevölkerung an einer diagnostizierbaren psychischen Störung. Ins Schweinwerferlicht der Medien geraten Menschen mit psychischen Erkrankungen aber hauptsächlich aufgrund der krankheitsbedingt verursachten und zunehmend steigenden Kosten für die Sozialversicherungen. Die Kinder von psychisch kranken Eltern werden in der Öffentlichkeit jedoch kaum thematisiert. Dabei wäre diese Betrachtungsweise für die betroffenen Kinder sehr wichtig, da für sie ein sechsmal höheres Risiko besteht, später selbst psychisch krank zu werden. Konservative Schätzungen<sup>1</sup> gehen davon aus, dass gesamtschweizerisch rund 20'000 bis 30'000 Kinder von einer psychischen Erkrankung eines Elternteils betroffen sind. Eine psychische Erkrankung der Eltern beeinflusst das ganze Familiensystem. Diese Perspektive wird in der Praxis noch nicht lange fokussiert.

Bei der Behandlung und Therapie psychisch kranker Eltern richtet sich der Fokus meist ausschliesslich auf den erkrankten Erwachsenen und an zweiter Stelle – vor allem auch aus Kostengründen – auf die erwachsenen Angehörigen. Die Not des Kindes wird dabei vernachlässigt oder nicht dem eigenen Zuständigkeitsbereich zugesprochen. Es ist jedoch wichtig, dass die Kinder im Bedarfsfall Unterstützung erhalten, bevor sie in Gefahr laufen, selbst Verhaltensauffälligkeiten oder eine psychische Störung zu entwickeln. In der Schweiz weiss man sehr wenig über die Situation der betroffenen Kinder, und Präventionsangebote sind nicht verbreitet (Gurny, Cassée, Gavez, Los & Albermann, o.J.a, 1-8; Cassée, Los-Schneider, Baumeister & Gavez, 2008, 1-10).

Die Praktika auf dem Sozialdienst einer Psychiatrieklinik zeigten uns, dass Kinder im stationären Behandlungsprozess nur einen geringen Stellenwert einnahmen; sie wurden selten thematisiert. Diese Erkenntnis stellt den Ausgangspunkt unserer Arbeit dar.

Die Erwachsenenpsychiatrie als Zugangsweg zu präventiven Angeboten bietet sich an, weil die betroffenen Kinder ausschliesslich über ihre Eltern erreicht werden können. Die Akzeptanz eines Unterstützungsangebotes steigt, sobald Eltern die Möglichkeiten haben über Erziehungsfragen in Kontakt zu treten und nicht prioritär die Auswirkungen der elterlichen Erkrankung im Vordergrund stehen (Schone & Wagenblass, 2002, 230). Hipp & Staets (2001) machten die Erfahrung, dass gerade in akuten Krankheitsphasen die Bereitschaft Unterstützung anzunehmen, erhöht ist. Diese Zeit kann genutzt werden, um

---

<sup>1</sup> Die Schätzungen sind deshalb konservativ, weil einerseits psychisch erkrankte Eltern, die sich nicht beraten oder behandeln liessen in der Studie nicht eingeschlossen sind. Andererseits psychisch erkrankte Eltern zwar in Beratung oder in Behandlung waren, am untersuchten Stichtag aber nicht erfasst wurden. Konservativ bedeutet deshalb in diesem Zusammenhang, dass die angegebenen Zahlen in Wirklichkeit noch um einiges höher sein dürften.

Schwellenängste abzubauen und Informationen über die Angebote zu vermitteln (Schone & Wagenblass, 2002, 230). Aufgrund dieser Feststellung, kann die Erwachsenenpsychiatrie zu einem zentralen Akteur in der präventiven Arbeit mit Kindern psychisch kranker Eltern beziehungsweise in der Arbeit mit dem ganzen Familiensystem werden.

### **1.1 Ausgangslage**

Im Ausland wird der Thematik Kinder psychisch kranker Eltern seit längerer Zeit grosse Aufmerksamkeit gewidmet. Cassée et al. (2008, 7) systematisieren diverse Studien zu verschiedenen Aspekten des Themas wie folgt:

- Studien zur Prävalenz psychisch kranker Eltern und zur Zahl betroffener Kinder
- Risikoforschung: Studien zum Risiko der elterlichen Erkrankung für die Entwicklung der Kinder
- Resilienzforschung: Studien zu kindzentrierten, familienzentrierten und sozialen Schutz- und Risikofaktoren
- Präventions- und Interventionsforschung: Studien zu präventiven Massnahmen und zu Interventionsprogrammen für betroffene Kinder/Jugendliche und deren Eltern. Zu diesem Forschungstyp gehören auch Studien zur Ausgestaltung der Angebotspalette für die Zielgruppe und zu Kooperationserfahrungen und -anliegen in und zwischen den jeweiligen Hilfssystemen für Erwachsene und Kinder.

In der Schweiz hat das Thema Kinder psychisch kranker Eltern in Theorie und Praxis bis vor kurzem wenig Beachtung gefunden. Deshalb erstaunt es nicht, dass es kaum verlässliche Daten für die Lage von Kindern psychisch kranker Eltern hierzulande gibt. Eine Forscherinnengruppe des Departements für Soziale Arbeit der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaft (ZHAW), die Arbeitsgruppe für Familienpsychiatrie der Integrierten Psychiatrie Winterthur (ipw) und das Sozialpädiatrische Zentrum (SPZ) der Kinderklinik des Kantonsspitals Winterthur widmen sich seit 2005 dem Thema und haben per Stichtag 21. März 2006 eine grossangelegte schriftliche Befragung von allen in Frage kommenden Leistungserbringer für Erwachsene sowie für Kinder und Jugendliche durchgeführt. Diese Studie untersuchte die Zahl der betroffenen Eltern und deren minderjährigen Kinder. Weiter wurde die Zusammenarbeit der beteiligten Personen und Institutionen, sowie die soziodemografischen Merkmale der erfassten Patienten und ihren Familien betrachtet. Die Daten der ersten Studie haben quantitativen Charakter und lassen sich auf die Deutschschweiz verallgemeinern. In einer zweiten Projektphase wurden die quantitativen Daten der Winterthurer Studie um qualitative Daten der Psychiatrieregion Zürich erweitert. Die einzelnen Ergebnisse der ersten Studie wurden dabei vertieft untersucht. Zentral bei dieser Untersuchung war hauptsächlich der Bedarf an spezifischen Angeboten für betroffene Eltern und deren Kinder und die Kooperation in und zwischen den

involvierten Versorgungssystemen für Kinder und Erwachsene. Das gesamte Projekt dauerte von September 2005 bis Mai 2008.

Wie bereits erwähnt, ist diese Winterthurer Studie von überregionaler Bedeutung, fehlte doch bis anhin so umfangreich, empirisch gesichertes Wissen zur Situation von Kindern psychisch kranker Eltern in der Schweiz. Diese beiden Studien zeigen, dass Handlungsbedarf besteht (Cassée et al., 2008, 1-10).

Aufgrund der Ergebnisse der beiden Studien wurde 2010 das dreijährige Projekt WIKIP ins Leben gerufen, mit dem Ziel die Netzwerkversorgung in der Region Winterthur auszubauen und das Hilfs- und Behandlungsangebot für betroffene Familien zu optimieren. Die psychiatrische und soziale Versorgung von Familien mit einem psychisch kranken Elternteil und die Situation der Kinder sollen durch frühzeitige Erkennung und Behandlung verbessert werden (WIKIP, 2011).

Aus deutschen Studien ist bekannt, dass Kinder psychisch kranker Eltern von der Erwachsenenpsychiatrie eher wenig Unterstützung erhalten im Bezug auf die elterliche Erkrankung (Schone & Wagenblass, 2002, 79-83). Auch in medizinisch-psychiatrischen und psychosozialen Versorgungssystemen für Kinder und Jugendliche werden deren Bedürfnisse nicht genügend wahrgenommen. Als Gründe dafür werden das Fehlen von Wissen, von Sensibilisierung und Ressourcen bei den Fachpersonen bezüglich der psychischen Erkrankungen und vor allem fehlende Kenntnisse über die Auswirkungen auf die Kinder genannt. Während eines Aufenthalts des psychisch erkrankten Elternteils in einer Klinik liegt der Fokus sowohl beim Einweisungsverfahren als auch während des Aufenthalts und beim Austritt aus der Klinik auf dem erkrankten Familienmitglied (Cassée et al., 2008, 1-6).

Eine Studie, welche im Jahr 2000 von Sommer, Zoller und Felder in Bern durchgeführt wurde, ergab zwar, dass bei den in der Klinik stationär behandelten Patienten ein deutliches Bedürfnis nach Hilfsangeboten geäußert wurde, jedoch gleichzeitig die Angst vor dem Verlust des Sorgerechts vorhanden war und dadurch der Notwendigkeit von Unterstützung abgesprochen wurde. Die Autoren der Studie stellten das Fehlen von gewünschten Angeboten fest. Weiter bestand sowohl bei den Betroffenen als auch bei den Fachkräften ein erhöhtes Informationsbedürfnis zu den Hilfsangeboten (Sommer, Zoller & Felder, 2001; in Cassée et al., 2008, 8-9).

## 1.2 Fragestellung

In der Psychiatrieklinik der zu untersuchenden Grossstadt waren uns vorgängig keine Projekte bezüglich „Kinder psychisch kranker Eltern“ bekannt. Resultierend aus dieser Unkenntnis ist es uns ein Anliegen, vorhandene Projekte aufzugreifen und zu thematisieren. Aufgrund der kurzen Zeit, die uns zum Verfassen der Bachelor-Thesis zur Verfügung steht, scheint es uns am sinnvollsten unsere Forschungsfrage anhand von leitfadengestützten Experteninterviews zu beantworten. Zusätzlich bestärkt in diesem Vorgehen hat uns die Feststellung, dass kaum Datenmaterial in der von uns zu untersuchenden Deutschschweizer Grossstadt vorhanden war.

Folgende Hauptfragestellung wird anhand von leitfadengestützten Experteninterviews ergründet:

**Welche Unterstützungsmöglichkeiten bietet die Erwachsenenpsychiatrie einer Deutschschweizer Grossstadt minderjährigen Kindern mit psychisch kranken Eltern?**

Deutschland ist in der Erforschung der Situation von Kindern psychisch kranker Eltern der Schweiz voraus, doch auch in der Schweiz bestehen Präventionsprojekte. Daraus ergibt sich die nächste Fragestellung:

**Welche präventiven Handlungsansätze zur Unterstützung Kinder psychisch kranker Eltern bestehen im deutschsprachigen Raum?**

Zur theoretischen Fundierung unserer Hauptfragestellung sind die unten angeführten Fragen relevant.

**Inwiefern brauchen Kinder von psychisch kranken Eltern Unterstützung?**

- Wie sieht die psychosoziale Situation von Kindern mit psychisch kranken Eltern aufgrund gemachter Studien aus?
- Welche Auswirkungen einer psychischen Erkrankung der Eltern auf die Kinder werden aus entwicklungspsychologischer Perspektive festgestellt?
- Welche Bewältigungsprozesse sind aus empirischer Sicht bei Kindern mit psychisch kranken Eltern vorhanden?

### **1.3 Vorgehen**

Unsere Arbeit gründet auf der Annahme, dass die Unterstützungsmöglichkeiten für Kinder psychisch kranker Eltern in einer Deutschschweizer Grossstadt im Kontext der Erwachsenenpsychiatrie eher gering sind. Gleichzeitig ist es uns ein Anliegen herauszufinden, welche Unterstützungsmöglichkeiten den Kindern in diesem Kontext geboten werden.

Das Kapitel 2 führt den Leser anhand von ausgewählten Perspektiven in die Grundthematik der vorliegenden Arbeit ein. Dies beinhaltet Einführungen in die ausgewählten Krankheitsbilder, in das Kontinuum Gesundheit-Krankheit, in das System Familie und einen kurzen historischen Überblick der Entwicklungen in der Erwachsenenpsychiatrie. Um die Relevanz zur Unterstützung von Kindern zu begründen, ist empirisches Wissen über die Entwicklung des Kindes, über die Schutz- und Risikofaktoren für die kindliche Entwicklung, über die Auswirkungen der elterlichen Erkrankung auf den Alltag der Kinder und über die Bewältigungsprozesse der Kinder erforderlich. Diese Thematiken werden anhand der Lebenssituation und den daraus resultierenden Schwierigkeiten in Kapitel 3, anhand der Bindungstheorie und entwicklungspsychologischen Aspekten in Kapitel 4, mit den Risiko- und Schutzfaktoren in Kapitel 5 und anhand der Bewältigungsprozesse in Kapitel 6 umfassend ausgeführt. Das Kapitel 7 schliesst mit den Schlussfolgerungen aufgrund den vorangegangenen theoretischen Erklärungen.

Vorgelegt werden zudem fallbezogene und fallübergreifende präventive Handlungsansätze in der Praxis, welche helfen einen Überblick zur aktuellen Situation in Deutschland und der Schweiz zu gewinnen. Aufgrund der Tatsache, dass Deutschland bezüglich der Präventionsprojekte weiter fortgeschritten ist als die Schweiz, stellen wir in Kapitel 8 einzelne deutsche Projekte exemplarisch vor. Die Psychiatrieregion Winterthur nimmt in der Erforschung der Situation von Kindern psychisch kranker Eltern in der Schweiz eine Vorreiterrolle ein. Dies wird anhand des aktuell laufenden Projektes WIKIP gezeigt. Weiter wird die Versorgungssituation in einer Grossstadt der Deutschschweiz in Kapitel 9 ausgeführt. Diesbezüglich ist unser Informationsstand gering, was den Einsatz von Experteninterviews zur Erhebung der Situation in der Deutschschweizer Grossstadt erfordert. Die zentralen Ergebnisse der Experteninterviews werden bei der Auswertung der Daten in Kapitel 10 dargestellt. Das Kapitel 11 schliesst mit den Schlussfolgerungen, der Diskussion und dem Ausblick. Bei den Schlussfolgerungen wird die Hauptfragestellung beantwortet und es findet eine Verknüpfung des Theorie- und Empirieteiles statt. Anschliessend folgt die Diskussion der Ergebnisse und es werden Handlungsoptionen aufgezeigt. Im Ausblick werden die weiterführenden Fragen aufgegriffen.

Grundsätzlich kann noch angemerkt werden, dass am Ende der Kapitel jeweils eine kurze Zusammenfassung mit den wesentlichen Aspekten der behandelten Thematik folgt. Was

ebenfalls erwähnt werden muss ist der Fokus auf die beiden Krankheitsbilder der Depression und Schizophrenie in unserer Arbeit. Dieser findet statt, weil in der aktuellen Forschung zu Kindern von psychisch kranken Eltern hauptsächlich Studien zu diesen Erkrankungen vorliegen.

#### **1.4 Formales**

Aus Gründen der Übersichtlichkeit und der besseren Lesbarkeit haben wir auf eine durchgängig emanzipatorische Schreibweise verzichtet, welche explizit beide Geschlechter berücksichtigen würde. Ausnahmen bilden Zitate, die wörtlich übernommen wurden. Natürlich sind trotz der Verwendung der männlichen Bezeichnungen immer beide Geschlechter gemeint.

Für eine bessere Verständlichkeit beinhaltet die Bezeichnung Kind/Kinder auch Jugendliche, und die Aussagen beziehen sich, falls kein spezieller Vermerk folgt, auf beide Altersgruppen. Die Altersspanne umfasst alle Minderjährigen, das bedeutet von 0 bis 18 Jahren.

Die Bezeichnung „psychisch kranke Eltern“ bezieht sich meistens auf Väter oder Mütter, sie kann aber auch beide Elternteile beinhalten.

## **2 Psychische Erkrankung und Familie**

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) vertritt in ihrer Definition von Gesundheit eine klare Haltung. Gemäss Bosshard, Ebert & Lazarus (2010, 24) sieht diese wie folgt aus:

Die Weltgesundheitsorganisation definiert Gesundheit als einen Zustand völligen körperlichen, psychischen und sozialen Wohlbefindens. Gesund sein heisst, sich wohlfühlen, Bereitschaft zur Meisterung von Anforderungen und Problemen zu zeigen, ein aktives Interesse an Menschen und der Umwelt zu zeigen und sich zuzutrauen, eigene Ziele zu verwirklichen.

Psychische Gesundheit und psychische Krankheit sind keine fixen Zustände, sondern werden von verschiedenen sozialen, ökologischen und individuellen Bedingungen beeinflusst (Bosshard et al., 2010, 24). Ein Mensch ist somit nicht per se krank, da Gesundheit und Krankheit relative Begriffe sind und ein kranker Mensch immer auch über Ressourcen verfügt, welche es zu ergründen gilt (Bosshard, 2008, 156-157). Diese Relativität von Gesund- und Kranksein hat Aaron Antonovsky mit seinem salutogenesischen<sup>2</sup> Modell, welches 1979 veröffentlicht wurde, beschrieben und damit in den letzten Jahren rege Diskussionen ausgelöst. Er nahm sich der Frage an, aus welchem Grund Menschen auf der positiven Seite des Gesundheits-Krankheits-Kontinuums stehen oder kurz: „Was hält uns

---

<sup>2</sup> „Gesundheitsentstehung, von salus, lateinisch: Gesundheit, Heil, und genesis, griechisch: Werden, Entstehen“ (Socialinfo, o.J.).

gesund?“ Das Konzept des Kohärenzgefühls<sup>3</sup> stellt die auf diese Frage hin entwickelte Antwort dar. Es beinhaltet die Grundhaltung des Individuums, die Welt als sinnvoll zu erleben. Hierbei geht Antonovsky von drei zentralen Komponenten des Kohärenzgefühls aus: die Verstehbarkeit, die Handhabbarkeit und die Bedeutsamkeit (vgl. Kap. 5.2.1) (Antonovsky, 1996, 16-20, 34; Bosshard, 2008, 156).

Die Psychiatrie ist ein Bereich der Medizin, der sich mit der Diagnostik, der Therapie und der Prävention der seelischen Krankheiten befasst. Darin eingeschlossen sind auch die Lehre und Forschung auf diesem Gebiet. Seelische Krankheiten treten oft im Zusammenhang mit körperlichen Störungen auf. An der Entstehung einer psychischen Erkrankung sind körperliche, psychische und soziale Bedingungen beteiligt (Tölle, 2009, 2). Die Experten scheinen sich einig zu sein, dass neben der körperlichen die menschliche Gesundheit auch eine psychische und soziale Dimension aufweist. Schwierigkeiten bestehen jedoch bei der Definition dieser Dimensionen (Richter & Hahn, 2011, 4). Diesbezüglich bietet das biopsychosoziale Modell einen umfassenden Ansatz, um die Wechselwirkung zwischen den verschiedenen Dimensionen zu skizzieren. Dieses Krankheitsmodell gilt als das bedeutendste theoretische Konzept, welches menschliche Gesundheit und Krankheit beschreibt. Beim biopsychosozialen Modell werden Ursachen, Verlauf und Folgen von Krankheiten auf biologische, psychologische und soziale Faktoren zurückgeführt. So gesehen wird die Krankheit als ein Ergebnis einer dynamischen Interaktion zwischen dem medizinisch diagnostizierten Gesundheitsproblem und den Umweltfaktoren, welche die hindernden Auswirkungen des Gesundheitsproblems beeinflussen, gesehen (Schlorff, 2011, 7-8; Bosshard, 2008, 155). Der Mensch als System wird von Schlorff (2011, 8) wie folgt definiert:

Menschliches Leben integriert drei Systeme: das aus Zellen bestehende biologische System des Körpers, das aus Gedanken bestehende System des Bewusstseins und das aus Kommunikation bestehende soziale System der Gesellschaft, Familie und Gruppe.

Diese Systeme stehen in einer Wechselwirkung zueinander. Sie können sich gegenseitig verstören oder irritieren, aber wesentlich dabei ist die Tatsache, dass sie nie absichtlich bestimmen können, wie ein anderes System darauf reagieren soll (Schlorff, 2011, 8). Die Wissenschaftsdisziplinen zum menschlichen Verhalten sind sich einig, dass ein Zusammenhang zwischen den biologischen, psychischen und sozialen Bereichen besteht. Ungeklärt bleibt dabei der genaue Ablauf dieses Zusammenspiels. Unbestritten ist jedoch die Tatsache, dass die Krankheitsentstehung sowie deren Bewältigung stark von psychischen und sozialen Begebenheiten abhängig ist (Richter & Hahn, 2011, 5).

---

<sup>3</sup> Engl. sense of coherence (SOC); weitere deutsche Übersetzungen sind: Kohärenzsinn, Kohärenzerleben, Kohärenzempfinden (Franke, *Vorwort zur deutschen Herausgabe*; in Antonovsky, 1997).

Um die Auswirkungen psychischer Krankheiten auf die Familien und Kinder psychisch kranker Eltern verstehen zu können, ist es wesentlich, eine grundlegende Vorstellung von psychischen Erkrankungen zu haben. Ein weiterer wichtiger Aspekt für das Verständnis der Auswirkungen psychischer Erkrankungen auf Familien und Kinder spielt dabei der aktuelle Stand der Entwicklungen in der Erwachsenenpsychiatrie sowie ein kurzer historischer Rückblick ins Psychiatriewesen. Diese Sichtweise zeigt auf, weshalb die Berücksichtigung der Perspektive des Kindes und damit verbunden seine Bedürfnisse im Behandlungsprozess einer Mutter oder eines Vaters in der Erwachsenenpsychiatrie wichtig ist.

## **2.1 Störungsbilder**

Im Folgenden werden die wesentlichen und charakteristischen Symptome der Schizophrenie, Depression, und postpartalen Depression vorgestellt und aufgrund ihrer Symptomatik beschrieben. Zur Orientierung dient die aktuelle und offizielle Diagnoseklassifikation der WHO ICD-10 (International Classification of Diseases, dt: Internationale Klassifikation psychischer Störungen, die 10. Ausgabe<sup>4</sup>), F20 bis F29 (Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen), F30-F39 (affektive Störungen), F53 (psychische oder Verhaltensstörungen im Wochenbett) (DIMDI, 2011).

### **2.1.1 Depression**

Depressionen, Manien und bipolare Störungen zählen zu den affektiven Störungen. Bei den affektiven Störungen handelt es sich um eine krankhafte Veränderung der Stimmung (Affektivität) in Richtung Depression oder Manie. Bei der Depression ist die Stimmung gedrückt, wobei bei einer Manie die Stimmung stark gehoben ist.

Depressive Phasen können schleichend, aber auch plötzlich auftreten. Während 25 Prozent der Depressionen einmalig sind, treten 75 Prozent mehrmals auf. Durchschnittlich muss mit vier Episoden im Laufe eines Lebens gerechnet werden. Unbehandelte depressive Episoden dauern im Durchschnitt sechs Monate, wird die Depression behandelt, dauert sie durchschnittlich 12 bis 16 Wochen. Frauen erkranken früher als Männer, die Erkrankung dauert länger und sie haben häufiger Rückfälle (Möller, Laux & Deister, 2009, 106-107).

---

<sup>4</sup> Es wurde in den vergangenen Jahren versucht, im Interesse der Verständigung und für statistische Zwecke psychiatrische Krankheitsbilder zu klassifizieren. Dabei erfahren das ICD der WHO sowie DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, dt: Diagnostische und Statistische Manual psychischer Störungen) der Amerikanischen Psychiatrischen Vereinigung die grösste Verbreitung. Die ICD-10 ist in der Schweiz verbindlich, für die Kodierung der Diagnosen wird die „German Modification“ (GM) verwendet. Diese wird vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) erstellt und basiert auf der WHO-Version. Die ICD-10-GM 2010 ist ab dem 1. Januar 2012 für alle Spitäler und Kliniken obligatorisch (Bosshard, 2008, 121-22; Vetter, 2007, 16-17; Bundesamt für Statistik, 2011).



Depressionen wirken sich auf folgenden Ebenen aus (Möller, Laux & Deister, 2009, 76-90; Tölle, 2009, 238-247):

- *Gefühle*

Das Ausmass der Depressivität kann stark schwanken. Von leicht gedrückter Stimmung bis zum ausweglosen, schwermütigen, versteinerten „nichts mehr fühlen können“. Dieses Erleben wird auch als Gefühllosigkeit bezeichnet. Häufig haben depressiv Erkrankte eine starke innere Unruhe, haben Angst und fühlen sich hilf- und hoffnungslos.

Die Betroffenen fühlen sich gleichgültig, leer und ausgebrannt. Die oben beschriebene Gefühllosigkeit weitet sich so stark aus, dass Trauer, Freude, Mitleid, Liebe oder andere Gefühle kaum mehr empfunden werden können.

- *Antrieb*

Der Antrieb ist gehemmt. Das heisst, Erkrankte haben einen starken Energiemangel und schaffen es nicht, sich zu entschliessen eine Tätigkeit aufzunehmen oder eine Entscheidung zu treffen. Sie sind freud-, interessen- und initiativlos. Es fällt ihnen schwer sich zu einer Tätigkeit zu motivieren.

- *Denken*

Das Denken ist auf der einen Seite, beispielsweise durch Konzentrationsstörungen oder Einfallsarmut gehemmt, und auf der anderen Seite durch häufiges Grübeln und Problemkreisen geprägt.

- *Körper*

Auf der Ebene des Körpers gibt es ebenfalls verschiedene Symptome. Häufig treten Schlafstörungen auf, Appetitlosigkeit, Druck- und Schweregefühle im Brust- oder Bauchraum, sexuelle Lustlosigkeit und generelle Schmerzempfindungen.

Grundsätzlich haben depressive Störungen eine günstige Prognose. Ungünstige Prognosen weisen Personen auf, die bei der Ersterkrankung jung waren, alleinstehend und wenig soziale Unterstützung haben. Weiter ungünstig wirken sich zusätzliche psychische und physische Erkrankungen aus. 15 bis 30 Prozent der Depressionen nehmen einen chronischen Verlauf und sind therapieresistent (Möller, Laux & Deister, 2009, 106-107).

Bei depressiv Erkrankten besteht ein ausgeprägtes Suizidrisiko, die Suizidrate ist ungefähr dreissig Mal höher als bei der Durchschnittsbevölkerung (Möller, Laux & Deister, 2009, 86).

Für unsere Arbeit weiter interessant sind die postpartale<sup>5</sup> Depression und die postpartale Psychose, die in den ersten zwei Wochen nach der Entbindung auftreten können (Möller, Laux & Deister, 2009, 89).

Depressive Störungen in den Monaten nach der Entbindung treten in 10 bis 15 Prozent der Fälle auf und sind eine grosse Herausforderung für eine adäquate psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung (Möller, Laux & Deister, 2009, 172).

Bei der postpartalen Depression sind die Symptome ähnlich einer depressiven Störung in anderen Lebensphasen. Was zusätzlich hinzukommt sind fehlende oder negative Gefühle dem Kind gegenüber und der Verlust der Freude sowie des Interesses am Säugling. Diese Gefühle führen bei der Mutter häufig zu Schuldgefühlen. Möglicherweise sind diese Schuldgefühle der Grund, weshalb viele Mütter keine professionelle Hilfe in Anspruch nehmen. Wird die Depression früh behandelt, bestehen gute Prognosen zur Heilung. Bei später oder fehlender Behandlung besteht die Gefahr der Chronifizierung. Auch kann es bei einer erneuten Schwangerschaft eher wieder zu einer postpartalen Depression kommen. Wichtig ist, bei Anzeichen einer erneuten Erkrankung rechtzeitig Hilfe zu holen (Salis, 2007, 6-9).

Die schwerste psychische Störung nach der Geburt ist die postpartale Psychose. Sie ist eine seltenere Krankheit und kommt in einem bis drei Fällen auf tausend Geburten vor. Dadurch, dass die Symptome so auffällig sind, kann die richtige Diagnose meist schnell gestellt werden. Sie lässt sich stark vereinfacht in drei Erscheinungsformen unterteilen. Bei der manischen Form sind die Mütter stark überdreht, energiegeladen, neigen zu Grössenwahn, haben ein geringes Schlafbedürfnis, Wahnvorstellungen und verursachen ein Chaos um sich herum. Die depressive Form hat alle typischen Anzeichen einer Depression, aber oft intensiviert. Der Unterschied zur postpartalen Depression liegt darin, dass bei der postpartalen Psychose ein Realitätsverlust besteht. Bei der schizophrenen Form der Psychose sind die Mütter extrem antriebslos, haben Halluzinationen und Wahnvorstellungen, bauen eigene Fantasiewelten auf und sind realitätsfern. Sie haben Verfolgungswahn, Dämonenbilder, Heiligenbilder etc. Die schizophrene Form gilt als die gefährlichste, da bei dieser Erkrankung das Suizidrisiko am grössten ist. Die Prognose für eine Heilung ist bei rascher Diagnose und Behandlung gut.

### **2.1.2 Schizophrenie**

Schizophrenien zählen zu den häufigsten und schwersten psychischen Krankheiten (Tölle, 2009, 190).

---

<sup>5</sup> „Post“ stammt aus dem Lateinischen und bedeutet „nach“, „partus“, ebenfalls aus dem Lateinischen, bedeutet „Geburt (aus Sicht der Mutter)“. Es werden in der Literatur sowohl die Begriffe „postpartal“ wie auch „postnatal“ verwendet. „Natal“ bedeutet „Geburt des Kindes (aus Sicht des Kindes)“ und stammt ebenfalls aus dem Lateinischen (Salis, 2007, 3).

Die meisten Schizophrenien beginnen bei Männern im Alter zwischen 20 und 25 Jahren und bei Frauen zwischen 25 und 30 Jahren. Ein Krankheitsbeginn nach dem 30. Altersjahr ist seltener und bei den Frauen ist im Gegensatz zu den Männern das Auftreten von Spätschizophrenien häufiger. Für den späteren Beginn der Erkrankung bei Frauen wird die Schutzwirkung des Hormons Östrogen angenommen (Tölle, 2009, 206). Zu Beginn einer Schizophrenie treten Verhaltensweisen und Äusserungen auf, die nicht direkt als krankhaft eingeordnet werden können. Diese Vorstadien können über einen längeren Zeitraum bestehen, bis sich beispielsweise durch ein bestimmtes Erlebnis eine eindeutige und schwerere Symptomatik manifestiert. Ein akuter Beginn der Erkrankung ist weniger häufig. Eine Schizophrenie zeichnet sich durch folgende Symptome aus, die unterschiedlich ausgeprägt auftreten (Möller, Laux & Deister, 2009, 146-154 und Tölle, 2009, 192-203):

- *Wahn*

Der Erkrankte spricht beispielsweise von Verfolgung durch andere Menschen oder von Radargeräten, Strahlungen, Mikrofonen, Kameras, die ihn beeinträchtigen. So werden durch den Erkrankten seine rätselhaften Halluzinationen gedeutet. Eine isolierte Wahnidee kann im weiteren Verlauf der Erkrankung zu einem Wahnsystem ausgebaut werden. Es können fast alle Lebensumstände eines Menschen Gegenstand seines Wahns werden. So gibt es zum Beispiel Verfolgungswahn, Vergiftungswahn, Eifersuchtwahn etc.

- *Halluzinationen*

Am häufigsten sind akustische Halluzinationen. Erkrankte hören verschiedene Geräusche wie Summen, Pfeifen, Klopfen, Donnern oder Schritte. Häufiger als diese Geräusche sind aber Stimmen, die flüstern, den Erkrankten ansprechen, rufen oder (be)schimpfen, drohen und Befehle erteilen. Es können auch Stimmen vorhanden sein, die sich über den Erkrankten unterhalten, also miteinander im Dialog stehen oder sein Verhalten kommentieren. Akustisch existiert auch das Lautwerden der eigenen Gedanken. Vom Erkrankten werden dann seine eigenen Gedanken gehört. Es können auch optische Halluzinationen vorkommen, welche aber weniger typisch sind.

- *Ich-Störungen*

Die Grenzen zwischen Ich und Umwelt werden als durchlässig empfunden. Gedanken, Gefühle oder Teile des Körpers werden als fremd und die Umwelt als andersartig erlebt. Das hat zur Folge, dass Gedanken und Handlungen als von aussen gemacht empfunden werden und der Erkrankte das Gefühl hat, fremdgesteuert zu sein oder Gedankeneingebungen hat. Auch kann

Gedankenentzug auftreten, wie auch das Leben parallel in der wirklichen und in der wahnhaften Welt. Erkrankte kapseln sich zunehmend von der realen Welt ab.

- *Denkstörungen*

Logische Argumentationen gehen verloren, sie werden verzerrt und unrichtig. Ebenso nimmt der Informationsgehalt des Gesprochenen ab. Es kann sein, dass der Erkrankte nur noch unzusammenhängende Wörter oder Wortreste sagt.

Weitere mögliche Denkstörungen können der Gedankenabriss oder die Sperrung des Denkens sein. Gedanken können in diesen Situationen nicht zu Ende geführt werden oder reißen plötzlich mitten im Satz ab. Ebenso können Gedanken in der Wahrnehmung des Erkrankten von aussen entzogen werden. Dieses Symptom steht stark im Zusammenhang mit Ich-Störungen und dem Wahnerleben.

- *Gefühlsstörungen*

Störungen auf der Ebene der Gefühle sind bei schizophrenen Erkrankten auf verschiedenen Ebenen vorhanden. Einerseits kann eine stark gehobene Stimmungslage vorherrschend sein, die manisch geprägt ist. Erkrankte können enthemmt, ausgelassen, laut und zum Teil rücksichtslos sein. Andererseits können aber auch depressive Verstimmungen mit ratlosen, hilflosen und anlehnungsbedürftigen Ausprägungen vorhanden sein. Es können – oft nach einer akuten Episode – tiefe Verstimmungen mit Suizidalität auftreten.

Ebenso prägen häufig starke Ängste das Erleben. Die mit der Erkrankung einhergehenden Persönlichkeitsveränderungen werden besonders zu Beginn der Schizophrenie als unheimlich erlebt, später steht die Angst häufiger im Zusammenhang mit dem Wahnerleben. Beziehungen zu anderen können durch die Angst behindert werden, welche auch verantwortlich ist für die erhöhte Erregbarkeit und Aggressivität, die schizophrenen Erkrankte aufweisen können.

Der Gefühlsausdruck ist ebenfalls beeinträchtigt. So stimmen Mimik und Gestik nicht mit dem überein, was die erkrankte Person sagt oder tut. Beispielsweise kann etwas Trauriges erzählt und gleichzeitig gelacht werden.

Bezüglich der Verlaufsform lässt sich sagen, dass nach dem Abklingen der Ersterkrankung der Verlauf einer Schizophrenie sehr unterschiedlich sein kann. Bei etwa 20 Prozent oder mehr bleibt die betroffene Person nach einer Ersterkrankung symptomfrei, das heisst die Ersterkrankung heilt aus. Für das Erleben der betroffenen Personen hingegen ist das Auftreten einer schizophrenen Erkrankung nicht folgenlos. Bei anderen Personen kann es zu Wiedererkrankungen in unterschiedlichen Zeitabständen und unterschiedlicher Häufigkeit kommen. Beeinflusst werden diese Phasen der Wiedererkrankungen einerseits durch die Eigengesetzlichkeit des Verlaufs, andererseits durch körperliche, psychische und soziale

Einflüsse, sogenannte Stressoren. Aber auch Bewältigungsmöglichkeiten der Betroffenen und eine effektive Neuroleptikabehandlung sind von Bedeutung. Wiedererkrankungen, oder schizophrene Episoden dauern in der Regel um die drei Monate. Auch nach jahrzehntelangem, ungünstigem Verlauf ist eine spontane oder therapeutisch bedingte Verbesserung oder Heilung noch möglich. Ausgesprochen ungünstig ist der Verlauf bei etwa einem Fünftel bis einem Viertel der Erkrankten. Mit jeder Episode verstärken sich bei dieser Gruppe die Auswirkungen auf die Veränderung der Persönlichkeit. Im Vergleich mit dem Bevölkerungsdurchschnitt sind schizophren Erkrankte einer erhöhten körperlichen Morbidität und Mortalität ausgesetzt. Als Grund dafür wird die Komorbidität<sup>6</sup> mit Abhängigkeitserkrankungen angegeben. Die Suizidrate beträgt zehn Prozent (Tölle, 2009, 207).

## **2.2 Entwicklungen in der Erwachsenenpsychiatrie**

Im 19. Jahrhundert wurden psychisch Kranke vermehrt in sogenannten Irrenanstalten behandelt, die sich in ganz Europa in einem rasanten Tempo ausbreiteten. Häufig waren die Anstalten mit Mitteln und Personal unterversorgt und zudem hoffnungslos überfüllt. Bis zum Bau dieser Anstalten gehörte die Behandlung psychisch kranker Menschen in den Kompetenzbereich der Kirche, die sie unter anderem durch Exorzismus, Gebete, Beichte oder Folter heilen wollte. Im Mittelalter wurden böse Geister als Ursachen psychischer Krankheiten angenommen. Ausserhalb kirchlichen Institutionen ist über die Betreuung psychisch Kranker nicht viel bekannt. Es gilt als gesichert, dass viele von ihnen in Armenhäuser untergebracht waren oder privat betreut wurden. Diejenigen, die nicht privat betreut wurden, liess man solange als möglich frei herumlaufen, und sie erhielten auf Stadtkosten farbige, auffallende Kleider und Naturalien. Im 19. Jahrhundert begannen sich die Behandlungsmethoden in den Anstalten zu wandeln, jedoch wurden – mangels damaliger Alternativen – die Zwangsbehandlungen, von denen sich eine Heilung der psychisch kranken Menschen versprochen wurde, zwar angepasst, aber dennoch fortgesetzt. Von der Verwahrungspsychiatrie erfolgte im 20. Jahrhundert die Entwicklung hin zu einer therapeutisch orientierten Psychiatrie. Was bislang in der Behandlung nicht berücksichtigt wurde, war das Eingehen auf die Lebensgeschichte und die bewussten und unbewussten Wünsche und Ängste der Patienten. Diese Veränderung wurde stark durch Sigmund Freud und seine Psychoanalyse beeinflusst. Die Psychiatrie erhielt durch die Psychoanalyse neue Verstehens- und Behandlungsansätze für psychisch kranke Menschen. Diese Entwicklung ermöglichte neuen Berufsgruppen Zugang zu psychisch kranken Menschen. Ab 1950 erfolgte eine rasante Entwicklung in der Erforschung der

---

<sup>6</sup> Als Komorbidität wird das Vorhandensein von mehr als einer körperlichen und vor allem psychischen Erkrankung, die zum gleichen Zeitpunkt zusätzlich zur Grunderkrankung vorliegen, bezeichnet (Zimbardo & Gerrig, 2004, 850).

Psychopharmaka und der medikamentösen Behandlung – eine massgebliche und mitverantwortliche Voraussetzung für die Öffnung der Psychiatrie. Die psychiatrische Therapie veränderte sich tiefgreifend. Viele Krankheitssymptome traten nur noch gedämpft in Erscheinung. Geschlossene Einrichtungen konnten reduziert werden und die psychiatrischen Behandlungsmethoden wurden fortlaufend ausgebaut (Caviezel-Rüegg, Herzog, Müller-Landgraf, Röthlisberger & Schneeberger, 1998, 9-17).

Heute ergänzen diverse ambulante und teilstationäre Angebote die Behandlung im stationären Rahmen. Neben der medikamentösen Behandlung haben psychisch kranke Menschen die Möglichkeit, Psychotherapie in Einzelsitzungen, Gruppentherapie, Ergotherapie, Sozial- und Milieuthérapie in Anspruch zu nehmen. Alle diese Veränderungen haben die Aufenthaltsdauer in der Klinik erheblich verkürzt und die Bettenzahl wurde in den letzten Jahren reduziert (Caviezel-Rüegg et al., 1998, 17). Diese Entwicklung wurde neben der Einführung der Psychopharmaka auch durch die gesellschaftspolitischen Veränderungen in den 60er und 70er Jahren und der daraus hervorgehenden Kritik an den Zuständen in den Psychiatrischen Kliniken durch die Bewegung der Sozialpsychiatrie<sup>7</sup> begünstigt. So kam es in dem unserer Arbeit zugrunde liegenden Kanton gegen Ende der 1970er Jahren zu einer Umgestaltung des Versorgungssystems, die stark durch die Sozialpsychiatrische Universitätsklinik beeinflusst wurde. Dadurch konnten Patienten vermehrt in ihrem nahen Umfeld betreut werden. In ihrem Alltagsleben benötigen psychisch kranke Menschen unterschiedlich umfangreiche Unterstützung. Wie bereits erwähnt besteht heute eine Vielfalt von Angeboten, um eine gemeindenahere Psychiatrieversorgung zu gewährleisten. Diese reichen von teilstationären und ambulanten Angeboten über betreutes Wohnen, geschützte Arbeitsplätze oder Treffpunkte um soziale Kontakte zu pflegen (Strik, 2005, 1-2).

Psychische Erkrankungen wirken sich, wie später in dieser Arbeit noch beschrieben wird, nicht nur auf die betroffenen Patienten aus sondern auch auf sein Umfeld und das Familiensystem. Die gemeindenahere psychiatrische Versorgung verfolgt das Prinzip, die Patienten möglichst lange in ihrem gewohnten Umfeld betreuen und ihnen eine möglichst an ihrer Lebenswelt orientierte Unterstützung gewährleisten zu können. Die Patienten erlangen durch diese Verschiebung zwar eine grössere Freiheit, ihr Umfeld und die Familien sind aber mit zunehmenden Belastungen konfrontiert. So zeigt eine Studie, die 1997 von Angermeyer

---

<sup>7</sup> Die bis anhin vorherrschende medizinisch-biologische Betrachtung der Entstehung und Behandlung psychischer Krankheiten wurde durch Beiträge der Psychologie und Sozialwissenschaften ergänzt. Die psychosozialen Einflüsse auf das psychische Krankheitsgeschehen wurden aus folgenden unterschiedlichen Perspektiven deutlich: Beispielsweise durch die Psychoanalyse, die Lernpsychologie oder die System- und Kommunikationstheorie (Bosshard et al., 2010, 23). Die Schweizerische Gesellschaft für Sozialpsychiatrie setzt sich für eine Berücksichtigung der sozialen Dimension in der Erforschung und Behandlung von psychischen Krankheiten und Störungen ein, sowie für die Schaffung von patientenzentrierten und gemeindenaheren Versorgungsstrukturen (Schweizerische Gesellschaft für Sozialpsychiatrie, 2011).

et al. durchgeführt wurde, dass sich ein Drittel der Angehörigen durch die Betreuung einer psychisch kranken Person stark belastet und ein weiteres Drittel mässig belastet fühlt (Riedel, 2008, 67-68). Historisch betrachtet wurden die Belastungen der Angehörigen lange Zeit nicht berücksichtigt. Durch die kürzere Aufenthaltsdauer in psychiatrischen Kliniken und die frühere Entlassung von Patienten steigt das Bewusstsein für die Belastungen von Angehörigen in der Öffentlichkeit allmählich. Bernet et al. (Riedel, 2008, 67-68) bemerken diesbezüglich, dass im Rahmen der Verlagerung von stationären Aufenthalten zu ambulanten Betreuungsmöglichkeiten immer mehr Aufgaben und Verantwortungen, die zuvor von psychiatrischen Kliniken wahrgenommen wurden, in den ambulanten Bereich und vor allem zu den Angehörigen verlagert werden. Angehörige werden als Unterstützungsmöglichkeit in die Behandlung eingebunden und stellen wichtige Ressourcen dar.

### **2.3 Psychische Erkrankungen im Familiensystem**

Psychische Erkrankungen gelten nicht als Einzelschicksale, sondern betreffen immer das ganze System. Die Auswirkungen spüren somit die betroffenen Patienten selbst, aber auch die Familien und Angehörigen, mit welchen sie zusammenleben (Riedel, 2008, 67-68). Wagenblaus und Schone (2002, 11) formulieren dies noch etwas prägnanter und halten fest: „Psychische Krankheiten sind Familienkrankheiten, und wenn ein Familienmitglied erkrankt, so hat dies stets Auswirkungen auf das gesamte System Familie, seine innerfamiliären sozialen Beziehungen und die Lebenssituation der einzelnen Familienmitglieder.“

Vorab zum Begriff „Familiensystem“ einige erläuternde Ausführungen. Gemäss Ritscher (2006, 39-43) sind sechs theoretische Perspektiven für das Praxiskonzept von Salvador Minuchin wichtig. Dieser geht davon aus, dass jedes System eine *Hierarchie* benötigt. In der Familie beinhaltet die Elternrolle eine hierarchische Position. Die Aufgabe der Eltern ist es, ihre Kinder sorgfältig in das soziale Leben einzuführen, und dabei werden klare Führungsstrukturen sichtbar. Als Zeichen von Funktionalität wird die Durchlässigkeit von hierarchischen Strukturen innerhalb der Familie mit zunehmendem Alter der Kinder gesehen. Für Minuchin erhält sich das „[...] System durch die Interaktion seiner *Subsysteme*.“ (Ritscher, 2008, 40) Mögliche Subsysteme stellen beispielsweise die Eltern, die Kinder, die Grosseltern etc. dar. Manche dieser Subsysteme bestehen immer, andere hingegen sind zeitlich begrenzt oder ändern beispielsweise ihre personelle Zusammensetzung. Diese Subsysteme ziehen eine klare *Grenze* zu ihrer Umwelt und dabei bestehen starre, diffuse oder funktionale Grenzen. Funktionale Grenzen bei den beiden Subsystemen Eltern und Kind zeichnen sich dadurch aus, dass Kinder beispielsweise auch über erhaltene Ermahnungen der Lehrerin berichten, da sie keine negative Überreaktionen der Eltern zu befürchten haben. Durch *Muster bzw. Strukturen*, welche durch repetitive und ähnliche Verhaltensweisen der Systemmitglieder gebildet werden, sind die Subsysteme beidseitig

voneinander abhängig. Durch diese Verhaltensweisen setzen sich die jeweiligen Personen eines Systems in Beziehung zueinander, und es entstehen verschiedene *Intensitäten der Beziehung*, welche als überengagiert, funktional und distanziert bezeichnet werden. Minuchin sieht die Familie als eine *Ganzheit*, die erst durch die Interaktion der Subsysteme entsteht. Die Funktion des Systems ist die Selbsterhaltung und „[...] als Bündnis sichert es (Anm. das System) die für eine funktionale Sozialisation der Kinder notwendige Kontinuität und Nähe.“ (Minuchin, 1977; in Ritscher, 2006, 43)

Müller stellt fest, dass im Kontext der systemischen Betrachtungsweise von Familie, häufig von funktionalen respektive dysfunktionalen Beziehungen besprochen wird. Durch diese Begrifflichkeiten wird eine Wertung in „normal“ oder „nicht normal“ verhindert (Minuchin, 1977, Walsh, 2003; in Müller, 2008, 139). Die Hauptfunktion der Familie ist „[...] den psychosozialen Schutz und das Wohlbefinden der Mitglieder und die Bewältigung von normativen Übergängen und Stressoren“ (Minuchin, 1977, Walsh, 2003; in Müller, 2008, 139). Dysfunktionale Beziehungsmuster können diese Funktionen nicht mehr erfüllen (Willi, 1994; in Müller, 2008, 139). Für Minuchin ist klar, was funktionales bzw. dysfunktionales Verhalten ist, und wie sich dieses auf die funktionalen bzw. dysfunktionalen Beziehungsmuster innerhalb der Familie auswirkt. Durch funktionale Beziehungsmuster können die Familienmitglieder auch funktionale Verhaltensmuster erlernen und sich dadurch zu physisch wie psychisch gesunden Menschen entwickeln (Ritscher, 2006, 36). Funktionale Beziehungen beinhalten die Passung zwischen den Bedürfnissen des Einzelnen, der Familie und dem weiteren Umfeld wie auch der Gesellschaft (Walsh, 2003; in Müller, 2008, 140). Das Potential des systemischen Ansatzes liegt gemäss Müller (2008, 152-153) in der Erschliessung, Nutzung und Verankerung von Ressourcen innerhalb und ausserhalb der Familie. Dies gelingt, indem die familiäre Kommunikation und die gemeinsamen Bewältigungsstrategien gefördert werden. Bereits die Arbeit mit einzelnen Familienmitgliedern hat Potential positive Entwicklungstendenzen innerhalb des gesamten Familiensystems auszulösen.

### *Zusammenfassung*

Durch die stetige Entwicklung der Erwachsenenpsychiatrie und vor allem der heutigen gemeindenahen Versorgung von Psychiatriepatienten, sind Familien von psychisch kranken Menschen stärkeren Belastungen ausgesetzt, übernehmen mehr Verantwortung und werden auch von den Kliniken stärker in den Behandlungsprozess miteinbezogen. Psychisch kranke Menschen verbringen ihr Leben nicht mehr hauptsächlich in Kliniken, sondern bewegen sich – auch aufgrund der vielfältigen teilstationären und ambulanten Angebote – vorwiegend in ihrer eigenen Lebenswelt.



Somit wird klar, dass eine psychische Erkrankung eine Belastung für das gesamte Familiensystem darstellt und deshalb psychische Krankheit treffend auch als Familienkrankheiten bezeichnet werden.

### **3 Lebenssituation der Kinder**

In diesem Kapitel steht die Frage im Zentrum, inwiefern Kinder mit psychisch kranken Eltern Unterstützung brauchen und daraus folgernd wird die psychosoziale Situation der Kinder, welche durch empirische Untersuchungen unterlegt wird, dargestellt. Die Erkrankung eines Elternteils hat, wie im vorangehenden Kapitel erläutert, massgebende Auswirkungen auf das gesamte Familiensystem. Beziehungen und Rollen verändern sich und die Alltagsbewältigung mit den dazu gehörenden Aufgaben muss neu gestaltet werden. Die Kinder finden sich in einer Familiensituation wieder, in welcher sie mit Anforderungen und Erwartungen konfrontiert werden, die neu für sie sind.

Zum Abschluss werden die meist genannten Auswirkungen der Erkrankung auf den Alltag der Kinder erörtert und die daraus resultierenden Ambivalenzen, welche die Beziehung zwischen Kind und Eltern prägt, aufgegriffen.

#### **3.1 Einflussfaktoren**

Jedes Kind erlebt, verarbeitet und reagiert unterschiedlich auf die elterliche Erkrankung. Aus diesem Grund sind die Belastungen und Folgen auf das veränderte Familiensystem individuell. Wie sich die psychische Krankheit eines Elternteils auf die Kinder und deren Lebenssituation auswirkt, hängt mit verschiedenen Einflüssen und Faktoren zusammen (vgl. Kapitel 5):

- *Form, Dauer und Intensität der Erkrankung*
- *Umgang des erkrankten Elternteils mit der Erkrankung* (Krankheitseinsicht, Mobilisierung von Selbsthilferessourcen, Inanspruchnahme von Hilfe)
- *Familiäre Ressourcen und Stressoren* (Beziehungsqualitäten innerhalb der Familie, emotionale Verfügbarkeit des gesunden Elternteils, Kompensationsmöglichkeiten durch andere Familienmitglieder, Konflikte in Partnerschaft, Abwesenheit des erkrankten Elternteils)
- *Soziale und ökonomische Ressourcen* (Arbeitsverhältnisse, Wohnsituation, sozioökonomischer Status)
- *Innerfamiliäre Beziehungsqualität* (Position des Kindes in der Familienstruktur, Rollenverteilung, Geschwisterkonstellation)
- *Enttabuisierung* (Aufklärung und Information der Kinder)

- *Persönlichkeitseigenschaften und Kompetenzen des Kindes* (Bewältigungsstrategien, Selbstwertgefühl, Temperament)
- *Ausserfamiliäre Bindungen* (Vertrauensvolle Beziehungen zu anderen Bezugspersonen und dadurch entstehende Kompensationsmöglichkeiten)

Diese Faktoren beeinflussen sich wechselseitig und können sich dabei verstärken oder ausgleichen (Schone & Wagenblass, 2002, 201-202; Mattejat, 2009, 84-87; Koch-Stoecker, 2001, 48-49; Jungbauer, 2010,15-16).

Es wurde festgestellt, dass die Belastung der Familie umso grösser ist, je länger die Akutphase andauert und der erkrankte Elternteil eingeschränkt ist (Lenz, 2008, 25). Mehrere Untersuchungen zeigen, dass das Risiko bei Kindern für die Entwicklung einer Störung von der Dauer und der Intensität der Erkrankung des Elternteils abhängig ist. Je ausgeprägter die Erkrankung ist und je länger sie andauert, desto höher ist das Risiko der Kinder eine Beeinträchtigung oder eine Störung zu entwickeln (Lenz & Kuhn, 2011, 270). Eine lang andauernde Akutphase, in welcher der erkrankte Elternteil eingeschränkt ist, belastet die Familie sehr. Zudem wurde festgestellt, dass die Belastung von Kindern mit psychisch kranken Müttern anders und wahrscheinlich auch stärker ist, als wenn die Väter erkranken. Dies ist darauf zurückzuführen, dass die Mutter für die Kinder häufig die primäre Bezugsperson ist und sich dadurch ihre Erkrankung besonders intensiv auf das kindliche Wohlbefinden auswirkt. Es bestehen noch keine systematischen Vergleichsstudien, welche diese Wirkung eindeutig belegen (Jungbauer, 2010, 18-19; Lenz, 2008, 25). Das Gegenteil besagen die Ergebnisse von Remschmidt & Mattejat (1994, 122): „[...] väterliche oder mütterliche Erkrankungen unterscheiden sich nicht bedeutsam hinsichtlich ihrer negativen psychosozialen und familiären Folgen.“

Kinder mit einem schizophrenen Elternteil sind stärker belastet als Kinder mit einem depressiven Elternteil. Die Studie von Remschmidt & Mattejat hält zudem fest, dass sich Kinder aus Familien mit einem schizophrenen Elternteil insgesamt weniger mit ihren Eltern identifizieren als Kinder aus Familien mit einem depressiven Elternteil<sup>8</sup> (Remschmidt & Mattejat, 1994, 170-173). Zudem spielt es eine wichtige Rolle, ob einer oder beide Elternteil betroffen sind. Ist letzteres der Fall, steigt die Belastung der Familie sehr stark an (Remschmidt & Mattejat, 1994, 122).

---

<sup>8</sup> Remschmidt & Mattejat (1994, 172-173) weisen darauf hin, dass bei den Kindern depressiver Eltern ein deutlicher Trend zur kompensatorischer Identifikation mit dem gesunden Elternteil besteht. Zudem spielt das Geschlecht des Elternteils eine wesentliche Rolle; bei einer erkrankten Mutter ist die Identifikation mit den Eltern geringer als wenn der Vater krank ist. Das Identifikationsverhalten ist somit bei Kindern mit einer schizophrenen Mutter am stärksten gestört. Bei depressiven Vätern ist die Identifikation am schwächsten gestört und die depressiven Mütter und schizophrenen Väter liegen zwischen den beiden Polen.

### **3.2 Wahrnehmen und Erleben der elterlichen Erkrankung**

Häufig vergehen Monate oder sogar Jahre von der kindlichen Wahrnehmung der ersten Symptome bis zur Benennung der Erkrankung durch einen Arzt oder zur Einweisung in die Psychiatrie. Diese Zeit der psychischen Störung ist besonders schwer für die Kinder und die gesamte Familie, denn für das befremdliche Verhalten der erkrankten Person stehen ihnen keine rationalen Erklärungen zur Verfügung. Aus diesem Grund haben die Kinder bis zum Zeitpunkt des Behandlungsbeginns ihres erkrankten Elternteils bereits vielfältige und teilweise auch lang andauernde Belastungen hinter sich (Schone & Wagenblass, 2002, 180). Mattejat (2009, 88-89), Lenz (2005, 89) und Jungbauer (2010, 18) halten folgende Schwierigkeiten fest, welche für die Kinder bei einer psychischen Erkrankung des Elternteils entstehen können: *Kommunikationsverbot, Tabuisierung, Loyalitätskonflikt, Schuldgefühl, Abwertungserlebnisse, Stigmatisierung, Parentifizierung, Betreuungsdefizit, Zusatzbelastungen, Isolierung, Desorientierung und Ängste*. Im folgenden Abschnitt werden die verschiedenen Themen aufgegriffen und in Beziehung zueinander gestellt.

#### **3.2.1 Kommunikationsverbot und Tabuisierung**

Psychische Erkrankungen sind heute noch immer mit Stigmatisierungen verbunden, während die Umwelt bei anderen Krankheiten, wie beispielsweise einem Krebsleiden, mit Mitleid und Verständnis reagiert. Aus diesem Grund fällt es den Betroffenen oft schwer, professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen. Die Tendenz zur Tabuisierung einer psychischen Erkrankung ist somit auch ein gesellschaftliches Phänomen (Schone & Wagenblass, 2002, 186).

Schone & Wagenblass (2002, 186-188) ordnen die Hintergründe der Tabuisierung und Verleugnung psychischer Erkrankungen auf verschiedenen Ebenen ein. Sie unterscheiden zwischen subjektiven, innerfamilialen, externen und gesellschaftlichen Verleugnungstendenzen. Als subjektive Verleugnungstendenz gilt die fehlende Krankheitseinsicht der Betroffenen. Innerfamiliale Verleugnungsprozesse führen dazu, dass in der Familie und insbesondere dem Kind gegenüber nicht über die Krankheit gesprochen werden darf. Mit externer Verleugnung sind Kommunikationsverbote mit Aussenstehenden gemeint, und gesellschaftliche Verleugnungstendenzen äussern sich in der Stigmatisierung psychischer Erkrankungen in der Gesellschaft.

Viele Familien versuchen aus diesem Grund die Erkrankung eines Elternteils für sich zu behalten. Dies kann intuitiv erkannt und/oder explizit kommuniziert werden. Dadurch wird die Krankheit zum Familiengeheimnis. Die Kinder verschweigen ihre Probleme und wenden sich nicht an aussenstehende Personen, um die familiären Probleme zu besprechen. Die Kinder erachten sich als Verräter, wenn sie sich diesem Verbot widersetzen und sich jemandem anvertrauen. Für jüngere Kinder ist die Situation schwieriger, da sie aufgrund des Kommunikationsverbotes keine passenden Worte kennen, um über die Krankheit zu

sprechen (vgl. Kapitel 4.3). Diese Hilflosigkeit in Bezug auf die elterliche Erkrankung äussert sich häufig in Schweigen (Lenz, 2005, 119-120). Folgende Zitate aus Lenz (2005, 120) veranschaulichen diese Gefühle:

*Ja und Mami möchte das auch nicht, dass ich mit in der Schule und darüber rede oder so was [...] das hat sie mir gesagt [...] Das wäre schon etwas unangenehm, dass das alle wissen. (w, 8 Jahre)*

*Nein, ich möchte das nicht so. Also, das soll schon unter uns bleiben. Ja, es soll schon unter uns bleiben. Mmhmmh. (w, 10 Jahre)*

*Ich finde, das sollte dann mehr in der Verwandtschaft bleiben. (w, 13 Jahre)*

*Ist ja `ne Sache von uns. Nicht von den anderen. (m, 15 Jahre)*

Die Tabuisierung der Krankheit stellt ein zentrales Problem dar. Die Auswirkungen des psychischen Krankheitsbildes auf Denken, Fühlen und Handeln lassen die Kinder eigene Erklärungsansätze für das Verhalten des erkrankten Elternteils entwickeln, in welchen sie sich selbst als Ursache erachten. Die mit dem Krankheitsbild eingehenden Realitätsverluste der Eltern gefährden den auf Vertrauen basierenden Erwerb einer Wirklichkeit des Kindes. Das bedeutet für das Kind, dass seine Erfahrungen mit der Realität immer aufs Neue in Frage gestellt werden. Dadurch ergibt sich ein kaum auszuhaltendes Dilemma für das Kind: Loyalität gegenüber seinen Eltern oder Bewahrung der Realität, in welcher der Vater oder die Mutter krank ist. Dies führt zur paradoxen Situation, dass die Kinder zwar intensiv mit der Erkrankung konfrontiert werden, jedoch selten nachvollziehbare Erklärungen von ihrer Umwelt dafür erhalten (Stöger, 1996; in Schone & Wagenblass, 2002, 15). Abwertungserlebnisse und Stigmatisierung erleben die Kinder, wenn ihre Eltern oder sie selbst von aussenstehenden Personen abgewertet werden (Mattejat, 2009, 89; Jungbauer, 2010, 18).

### **3.2.2 Loyalitätskonflikt und Schuldgefühl**

Ein intensiver Loyalitätskonflikt der Kinder entsteht einerseits durch den Wunsch eine Familie zu sein, welche zusammenhält, und man andererseits dieser entfliehen möchte, da die Situation unerträglich ist (Mattejat, 1996; in Schone & Wagenblass, 2002, 17). Dabei können auch Loyalitätskonflikte innerhalb der Familie entstehen und die Kinder erhalten den Eindruck, dass sie sich für einen Elternteil entscheiden müssen. Dies ist erneut mit Schuldgefühlen (vgl. Kapitel 3.1.4) verbunden (Mattejat, 2009, 89). Mangels anderer Erklärungsmöglichkeiten glauben Kinder häufig, dass sie an den psychischen Problemen der Eltern Schuld sind, und die Krankheit eine Folge ihres eigenen Verhaltens gegenüber den Eltern ist (Schone & Wagenblass, 2002, 16). Die Verunsicherung der Kinder wächst, wenn die Eltern, statt ihre Kinder vor Anschuldigungen zu schützen, diese noch bestärken. Die

Beziehung zu den Eltern und die in der Pubertät eintretenden Ablösungsprozesse können durch die Krankheit behindert werden. Falls der erkrankte Elternteil Schwierigkeiten hat, sich emotional am Familienleben zu beteiligen, erleben die Kinder häufig das Gefühl, mitverantwortlich an der familiären Stabilität zu sein. Dies kann dazu führen, dass sie in die Elternrolle schlüpfen. In diesem Zusammenhang spricht man von einer Parentifizierung (vgl. Kapitel 3.2.3). Diese Schuldgefühle können dazu beitragen, dass die Kinder früh Verantwortung für die Eltern übernehmen, welche bis ins Erwachsenenalter anhalten kann und sie daran hindert, sich vom Elternteil zu lösen (Gutmann, 2008, 121-123).

### **3.2.3 Parentifizierung, Betreuungsdefizite und Zusatzbelastungen**

Der Begriff der Parentifizierung<sup>9</sup> ist nicht per se als negativ zu bewerten; er ist in natürlichem Ausmass sogar normal und kann förderlich für die Entwicklung des Kindes sein (Lenz, 2008, 29). Von einer destruktiven Parentifizierung spricht Jurkovic (1997), wenn die Eltern ihre Kinder missbrauchen, um die eigenen Bedürfnisse zu befriedigen. Dabei sind die Anforderungen an das Kind nicht altersgerecht und es nimmt die ihm zugewiesene Rolle an, ohne seine eigenen Bedürfnisse wahrnehmen zu können. Für diese Rollenübernahme erfährt das Kind keine Anerkennung (in Lenz, 2008, 29). Typisch für den Prozess der Parentifizierung ist die Erfahrung der Kinder, nie die Erwartungen der Eltern erfüllen zu können (Lenz, 2008, 28).

In Familien mit psychisch kranken Eltern können Betreuungsdefizite entstehen, wenn die Kinder geringere Aufmerksamkeit und Zuwendung erhalten. Eltern haben Mühe Grenzen zu setzen, da sie stark mit sich selbst beschäftigt sind. Insbesondere der gesunde Elternteil sucht aufgrund der Belastung Hilfe bei den heranwachsenden Kindern. Zusatzbelastungen der Kinder wie die Aufsicht der älteren über die jüngeren, die Haushaltsführung, aber auch die Darstellung einer emotionalen Stütze etc. werden gefordert und die Bedürfnisse der Kinder werden dabei vernachlässigt. Dadurch stehen die Kinder zwischen den beiden Elternteilen und der Ablösungsprozess wird erschwert (Mattejat, 2009, 88; Lenz, 2005, 91). Die Verantwortungsgefühle und das Zurücksetzen der eigenen Bedürfnisse sind oft tief verinnerlicht und hindern die Kinder daran, sich auf ihr eigenes Leben zu konzentrieren. Sie befinden sich mit zunehmendem Alter im Ambivalenzkonflikt, sich einerseits vom erkrankten Elternteil räumlich wie emotional distanzieren zu wollen; andererseits hindert sie das schlechte Gewissen, das oft durch Vorwürfe der Eltern verstärkt wird, daran (Schone & Wagenblass, 2002, 194).

---

<sup>9</sup> „Definitionsgemäss bedeutet Parentifizierung die subjektive Verzerrung einer Beziehung – so, als stelte der Ehepartner oder gar eines der Kinder einen Elternteil dar [...]“ (Boszormenyi-Nagy & Spark, 1981, 209; in Lenz, 2008, 29). Dies zeigt, dass nicht nur die Rollenumkehrung zwischen Eltern und Kinder gemeint ist, sondern auch die Übernahme der Elternrolle eines Partners innerhalb der Partnerschaft (Ohntrup, Pollak, Plass & Wiegand-Grefe, 2011, 375).

### 3.2.4 Desorientierung und Ängste

Grundsätzlich lassen sich die Reaktionen von Kindern in zwei Gruppen (Isolation oder Aggression) einteilen: Kinder, welche sich zurückziehen und still sind und Kinder, welche häufig durch aggressives Verhalten auffallen und auf sich aufmerksam machen. Beim letztgenannten Verhaltensmuster ist die Wahrscheinlichkeit höher, dass die Notsituation des Kindes von Professionellen erkannt wird und es Hilfe erhält. Schwieriger wird die Vernetzung des Kindes mit Hilfsangeboten, wenn eine internale Konfliktbewältigung stattfindet. Der Rückzug lässt das Kind gegen aussen hin unauffällig erscheinen (Mattejat, 1996; in Schone & Wagenblass, 2002, 17).

Die Kinder reagieren häufig desorientiert und verängstigt, da sie die Verhaltensweisen der erkrankten Elternteile nicht verstehen und klassifizieren können. Die Krankheit wird als nicht erklärbar und unkontrollierbar erlebt (vgl. Kapitel 6.3) (Mattejat, 2009, 88; Jungbauer, 2010; 18). Die Kinder sind häufig mit Suizidhandlungen oder -drohungen der psychisch erkrankten Eltern konfrontiert und die Angst, dass sich der erkrankte Elternteil etwas antut, ist gross. Dabei nehmen die Kinder die latente Gefahr einer Suizidhandlung unbewusst wahr und versuchen, das eigene Verhalten darauf auszurichten, den Suizid zu verhindern (vgl. Kapitel 2.1.1 und 2.1.2). Bei einem tatsächlich vollzogenen Suizid ist die Situation für die betroffenen Kinder besonders traumatisch.

Eine weitere belastende Angst stellt die eigene Erkrankung an einer psychischen Störung dar. Fehlende Informationen über die Krankheit führen zu diesen Ängsten, und die Kinder erleben Ähnlichkeiten mit dem erkrankten Elternteil als Bedrohung, da sie diese als erste Anzeichen einer eigenen Erkrankung deuten. Es kann auch vorkommen, dass die Kinder Angst vor ihrer psychotischen Mutter haben (Lenz, 2005, 89; Jungbauer, 2010, 18; Schone & Wagenblass, 2002, 191). In erster Linie sind es nicht die wahnhaften und halluzinatorischen Inhalte, die das Kind ängstigen und sich negativ auf die Kindesentwicklung auswirken, sondern vielmehr die raschen Stimmungswechsel, die elterliche Desorganisation, der zunehmende Rückzug und die Unerreichbarkeit (Koch-Stoecker, 2001, 56). Der Mangel an Beziehung zu einer verlässlichen, emotional verfügbaren elterlichen Bezugsperson ist weitaus bedeutender als „verrückte“ Verhaltensweisen. Erwachsene Kinder berichten in erster Linie davon, dass sie Zuwendung, Aufmerksamkeit, Liebe, Geborgenheit und das Gefühl behütet zu sein in ihrer Kindheit vermissten (Schone & Wagenblass, 2002, 169-171).

Schone & Wagenblass (2002, 17-18) kritisieren, dass obwohl die soeben dargestellten Probleme bekannt sind, diese zu wenig Aufmerksamkeit erhalten. Interveniert wird häufig erst dann, wenn die Kinder massive Verhaltensauffälligkeiten zeigen. Zu diesem Zeitpunkt sind bereits intensive Hilfen zur Erziehung oder kinder- und jugendpsychiatrische Behandlungen notwendig.

### *Zusammenfassung*

Der Alltag von Kindern mit psychisch kranken Eltern ist von zusätzlichen Belastungen geprägt und kann für das Kind überfordernd sein. Seine Lebenssituation wird dabei von verschiedenen Faktoren wie die Form, die Dauer und die Intensität der Erkrankung sowie der Umgang mit der Thematik innerhalb der Familie beeinflusst und resultiert in unterschiedlichen, kindlichen Reaktionen. Familiäre, soziale und ökonomische Ressourcen wirken sich dabei positiv aus. Übergreifend lässt sich feststellen, dass das Gefühl von Einsamkeit, welches durch die Tabuisierung und die fehlende Kommunikation innerhalb der Familie sowie durch die Stigmatisierung von aussen entsteht, stark präsent ist. Auch Schuld- und Schamgefühle bezüglich der elterlichen Erkrankung sowie Ängste und Unsicherheiten, welche durch die teils unvorhersehbaren Verhaltensweisen der Eltern ausgelöst werden, sind Schwierigkeiten, mit welchen Kinder von psychisch kranken Eltern besonders stark konfrontiert werden.

## **4 Mögliche Auswirkungen auf die Entwicklungsphasen der Kinder**

In diesem Kapitel wird der Zusammenhang von kindlicher Entwicklung und den sozialen Beziehungen, in welche das Kind eingebunden ist, erläutert. Dabei werden die möglichen Auswirkungen auf die Entwicklung des Kindes, welche durch eine psychische Erkrankung der Eltern festgestellt wurden, dargestellt. Als wesentlich wird diesbezüglich die Bindungstheorie erachtet und im ersten Teil zusammengefasst. Eine kurze Einführung in diese Theorie soll dazu beitragen, die Wichtigkeit der frühkindlichen Beziehung zu den primären Bezugspersonen zu erörtern. Ohne die Väter von dieser Beziehung auszuschliessen, ist in der Fachliteratur nur von den Müttern die Rede und dies wird im folgenden Teil auch so wiedergegeben.

Anschliessend werden die Entwicklungsphasen des Kindes bis hin zum Adoleszenten beschrieben und in Bezug gesetzt zu den Auswirkung auf ein Kind mit einem psychisch erkrankten Elternteil im jeweiligen Entwicklungsstadium. Dabei stehen die beiden Krankheitsbilder Schizophrenie und Depression im Vordergrund.

Im Feld der depressiven Erkrankungen und deren Auswirkungen auf die Entwicklung des Kindes wurden bis anhin die meisten Forschungen durchgeführt und viele Ergebnisse beziehen sich auf dieses Krankheitsbild. Wichtig ist die Tatsache, dass auch wenn Kinder auffälliges Verhalten zeigen, dies noch kein Indikator für eine spezifische Erkrankung sein muss. Meistens handelt es sich dabei um ein erhöhtes Stressniveau (Petis & Dimova, 2010, 45). In der Studie von Remschmidt & Mattejat (1994, 40, 120, 123) wird festgestellt, dass eine schwere Erkrankung wie Schizophrenie die Eltern-Kind-Beziehung massiv beeinflusst.

Gleichzeitig muss eingeräumt werden, dass in Bezug auf den Vater nur die Tatsache festgehalten wird, ob dieser an- oder abwesend war. Die Präsenz des Vaters, die Übernahme von kompensatorischen Funktionen und die Ernsthaftigkeit der Erkrankung beeinflussen die Mutter-Kind-Relation. Weiter sind Remschmidt & Mattejat der Frage nachgegangen, wie häufig bei Eltern von kinder- und jugendpsychiatrischen Patienten psychische Störungen vorliegen und wie sich diese auf den Zustand der Kinder auswirken. Dabei kommen die beiden unter anderem zum Schluss, dass psychische Störungen von Eltern ein zentrales Kernmerkmal bei psychisch kranken Kindern darstellen. Durch die psychischen Störungen der Eltern werden bedeutsame Belastungen, familiäre Auffälligkeiten und Beziehungsprobleme verursacht, welche die Entwicklung der Kinder zusätzlich beeinflussen. Ob und mit welcher Intensität psychische Störungen das Familienleben beeinflussen, hängt von den familiären Kompensations- und Copingstrategien (vgl. Kapitel 4.2 und 4.3) ab.

Studien belegen, dass depressive wie auch schizophren erkrankte Elternteile Defizite im Verhalten sowie im emotionalen und kognitiven Bereich aufweisen. Diese Mängel zeigen sich im Umgang mit den Kindern und erhöhen das Risiko der Kinder psychische Störungen zu entwickeln. Im Kontext einer depressiver Erkrankung leiden Kinder häufiger an starken Sprachentwicklungsverzögerungen und bei einem schizophrenen Elternteil wurden kognitive Entwicklungsverzögerungen festgestellt (Lenz, 2005, 14; Pretis & Dimova, 2010b, 367). Damit die kindlichen Bedürfnisse befriedigt werden können, müssen die Eltern fähig sein, ihre eigenen Bedürfnisse zurückzusetzen. Die Grundbedürfnisse beinhalten nicht nur die physischen wie Schlaf, Essen etc, sondern auch die psychischen Bedürfnisse nach Selbstwertstabilisierung, Bindung, Kontrolle etc. (Grawe, 2004; in Borg-Laufs, 2010, 124). Bei Eltern mit einer psychischen Erkrankung ist diese Fähigkeit, die eigenen Bedürfnisse zu Gunsten der Kinder zurückzustecken, stark eingeschränkt. Für depressive Eltern ist es beispielsweise schwierig, die nötige Kraft aufzubringen, um die kindlichen Bedürfnisse zu befriedigen, und sie konfrontieren unbeabsichtigt ihre Kinder mit den eigenen Stimmungen (Lexow et al., 2009; in Borg-Laufs, 2010, 124). Eltern mit psychotischen Störungen wirken auf ihre Kinder häufig verängstigend und verwirrend (Remschmidt & Mattejat, 1994; in Borg-Laufs, 2010 124). In den frühen Entwicklungsphasen ist eine klar strukturierte und verlässliche Welt von grosser Bedeutung. Dabei spielt das Ausmass der Bedürfnisbefriedigung ein zentrales Element der kindlichen Entwicklungschancen. Durch Störungen der elterlichen Fürsorge wie beispielsweise deren Unterlassen, können nachhaltige Folgen für das Neugeborene entstehen (Koch-Stoecker, 2001, 49-50).



## 4.1 Bindungstheorie

Mögliche Auswirkungen einer psychischen Erkrankung der Eltern auf die Entwicklung des Kindes lassen sich anhand der Bindungstheorie erläutern. Die Bindungstheorie stellt ein umfassendes Konzept dar, welches die Persönlichkeitsentwicklung des Menschen als Folge seiner Erfahrungen erachtet. Grundlegend dabei sind die Einflüsse im Säuglingsalter auf die gesamte weitere Entwicklung des Kindes bis hin ins Erwachsenenalter (Grossman & Grossmann, 2006, 65-67). Bowlby betont, dass Kinder stabile und zuverlässige Beziehungen benötigen, um eine verlässliche Basis für das weitere Leben zu haben. Dies bedeutet, dass die Eltern ihr Kind akzeptieren, ermutigen, fördern und stützen sollen. Psychische Stabilität und Selbstsicherheit können nur erlangt werden, wenn die Kinder um die Verlässlichkeit ihrer Eltern wissen (Bowlby, 2008, 3, 9-10).

Bindung definiert Ainsworth (1979) wie folgt: „Bindung wird als imaginäres Band zwischen zwei Personen gedacht, das in den Gefühlen verankert ist und das sie über Raum und Zeit hinweg miteinander verbindet.“ (in Grossmann & Grossmann, 2006, 68) Dabei nimmt die schutzgebende Funktion von Bindung einen zentralen Stellenwert ein.

„Eine schwächere Person bindet sich an eine Person, die ein häufiger Interaktionspartner ist und von der erwartet wird, dass sie Schutz und Fürsorge geben kann.“ (Goldberg, Grusec & Jenkins, 1999; in Grossmann & Grossmann, 2006, 68)

### 4.1.1 Historische Wurzeln und Entstehung der Bindung

Die Grundsteine der Bindungstheorie wurden vom englischen Psychiater und Psychoanalytiker John Bowlby (1907-1990) in den fünfziger Jahren des letzten Jahrhunderts gelegt. Gemeinsam mit Mary Ainsworth geb. Salter (1913-1999), welche die Theorie empirisch unterlegte, entwickelte er ein Gesamtwerk der heutigen Form der Bindungstheorie. In seiner Theorie geht Bowlby davon aus, dass die frühe Bindung vom Kind (null bis drei Jahre) zur Mutter<sup>10</sup> ein angeborenes Verhaltensprogramm beinhaltet. Der Kernidee seiner Theorie liegt die Vorstellung zu Grunde, dass sich die gemachten Beziehungserfahrungen des Säuglings auf seinen späteren Lebenslauf als Erwachsener auswirken. Die Funktion des Bindungsverhaltens, welches die Nähe des Kleinkindes zur Mutter herstellt bzw. aufrechterhält sieht Bowlby darin, dass es Schutz vor Gefahren gewährleistet, die das Kind noch nicht kennt. Die Grundvoraussetzung bildet hierbei die Nähe zwischen Kind und Mutter, und auf allfällige Störungen reagiert das Kind mit Schreien und der Suche nach seiner

---

<sup>10</sup> Bowlby geht davon aus, dass die Mutter, diejenige Person ist, welche sich bevorzugt um den Säugling kümmert. Dadurch gilt die Mutter als die primäre Bindungsperson. Als Alternative spricht er von einem „Mutterersatz“. Diese Person, Mutter oder Mutterersatz, zeichnet sich dadurch aus, dass sie durch ihre Anwesenheit Bedingungen für das Kind herstellt, welche dieses zum Erkunden seiner Umwelt anregt (Bowlby, 2003, 43).

Bezugsperson. Bowlbys Forschungsursprung ist seine klinische Arbeit mit delinquenten, distanzlosen und sozial isolierten Kindern und Jugendlichen, welche er als junger Kinderpsychologe behandelte. Ein grosser Teil dieser Kinder waren verwaist oder über längere Zeit hinweg getrennt von der Mutter aufgewachsen. Während des 2. Weltkrieges beobachtete er Kleinkinder aus Heimen und Spitälern und konnte anhand seiner sorgfältigen Dokumentationen nachweisen, dass die Ruhe und Apathie dieser Kinder als negatives und depressives Leiden in einer unveränderbaren Situation zu deuten sind. Dies widersprach der gängigen Meinung, dass es sich dabei um ein Zeichen der Eingewöhnung handelt (Bretherton, 2009, 27; Rygaard, 2006, 2-3; Kienbaum & Schuhrke, 2010, 123; Grossmann & Grossmann, 2006, 65-66).

Ainsworth studierte in den dreissiger Jahren in Toronto Psychologie und schrieb ihre Dissertation über die Sicherheitstheorie. Einer der wichtigsten Lehrsätze daraus war, dass Kleinkinder zuerst Sicherheit und Vertrauen (secure base) zu ihren Eltern entwickeln müssen, bevor sie bereit sind, sich unbekanntem Situationen zu stellen. Durch ihre Heirat zog Ainsworth anfangs der fünfziger Jahre nach London und bewarb sich dort auf eine Anzeige für eine Forschungsarbeit unter der Leitung von John Bowlby. Dieser Zusammenschluss war für beide ein einschneidendes Ereignis und für die Geschichte der Bindungstheorie von grosser Bedeutung. Gemeinsam mit Ainsworth überprüfte Bowlby seine theoretischen Annahmen über die negativen Auswirkungen von längerer Trennung empirisch (Bretherton, 2009, 30-32). Ainsworth beschreibt die Feinfühligkeit oder Sensitivität der Bezugsperson im Umgang mit dem Kind als wesentlichen Faktor. Resultierend aus diesen Beobachtungen entwickelt sie das Konzept der mütterlichen Feinfühligkeit. Zitiert nach Kienbaum & Schuhrke (2010, 125) wird dies durch folgende vier Merkmale ausgezeichnet:

1. die Wahrnehmung der Befindlichkeit des Säuglings
2. die richtige Interpretation
3. die prompte Reaktion (der Säugling soll eine Verbindung zwischen seinem Verhalten und dem Effekt der mütterlichen Handlung herstellen können. Dadurch wird ein Gefühl der Hilflosigkeit vermieden)
4. die Angemessenheit der Reaktion

Durch ihre weiteren Forschungen entwickelte sie ein standardisiertes Untersuchungsinstrument, die sogenannte „Fremde Situation“ (strange situation test). Das Ziel des Testes besteht darin das Zusammenspiel zwischen Bindungs- und Erkundungsverhalten unter verschiedenen belastenden Bedingungen zu untersuchen. Das Kind (im Alter zwischen 12 und 18 Monaten) wird von seiner Bezugsperson in einen fremden Raum geführt, in welchem es zweimal durch eine dreiminütige Trennung von der Bezugsperson Stress erlebt. Im Fokus der Untersuchung steht die Reaktion des Kindes nach der Rückkehr der Bezugsperson.

Folgende vier Typen werden unterschieden:

- *sicher* (Trennungskummer der Kinder wird offen gelebt; d.h. die Nähe der Bezugsperson wird gesucht, Tröstversuche werden zu gelassen und die Kinder setzen ihr Erkunden des Raumes fort)
- *unsicher-vermeidend* (keinen Anzeichen von Kummer über die Trennung; der Kontakt zur Bezugsperson wird vermieden)
- *unsicher-ambivalent* (starke Ambivalenz besteht zwischen Nähe suchen und Kontakt zurückweisen; der Kontakt zur Bezugsperson vermag die Kinder nicht zu beruhigen)
- *desorientiert* (Angst prägt das Verhalten dieser Kinder und die Unfähigkeit sich an die Bezugsperson zu wenden)

Hauptsächlich bei den *desorientierten* Kindern stellt sich die Gefahr, Verhaltensprobleme zu entwickeln als besonders gross dar. Daraus ergibt sich, dass sich Kinder mit einer sicheren Bindung zu ihren Bezugspersonen auch auf diese verlassen können, wenn sie Nähe suchen. *Unsicher-ambivalente* Kinder können nicht vorhersehen wie die Bezugsperson reagieren wird, da diese manchmal auf die Bedürfnisse des Kindes eingeht und dann wieder nicht. Die Kinder mit einer *unsicher-vermeidenden* Haltung haben die Erfahrung gemacht, dass sie abgewiesen werden, wenn sie die Bezugsperson aufsuchen. Bei der *desorientieren* Reaktion geht man davon aus, dass die Bindungsfigur in noch nicht verarbeiteten Problemen gefangen ist. Diese Erfahrungen prägen gemäss Bindungstheorie die Umweltwahrnehmung des Kindes und beeinflussen sein Handeln (Kienbaum & Schuhrke, 2010, 125-129).

Bedeutet dies, dass ein Kind, welches unsichere Bindungsmuster in seiner frühen Kindheit erlebt hat, immer unsicher gebunden sein wird?

Zimmer & Spangler (2008) halten dieser Annahme entgegen. Sie stellen fest, dass eine sichere Bindung ein klarer Schutzfaktor darstellt und sich unsichere Bindungsmuster zu Risikofaktoren entwickeln können. Eine Garantie für stetiges Wohlbefinden aufgrund von stabilen Bindungsmuster in der frühen Kindheit kann nicht gegeben werden (in Kienbaum & Schuhrke, 2010, 130). In Metaanalysen von de Wolff & van Ijzendoorn (1997) wurden im Konzept der Feinfühligkeit von Ainsworth nur eine geringe Korrelation zwischen mütterlicher Sensitivität und Bindungssicherheit festgestellt (in Kienbaum & Schuhrke, 2010, 131). Nach Kienbaum & Schuhrke (2010, 131-133) verfügen Säuglinge über unterschiedliche Temperamente, und manche lassen sich nur schwer zufriedenstellen. Dies bedeutet, dass es für die Bezugsperson unter Umständen schwieriger ist auf die Bedürfnisse des Kindes einzugehen. Ein weiterer wichtiger Punkt ist die Qualität der Interaktion, welche besagt, dass Kind und Bezugsperson in wechselseitiger Beziehung stehen und sich dadurch auch gegenseitig beeinflussen. Daraus resultiert eine dynamische Bedeutung des Begriffes Feinfühligkeit. Zudem muss noch der Aspekt des sozialen Kontextes berücksichtigt werden. Wer über soziale Netzwerke verfügt, ist weniger gestresst und überfordert und kann dadurch

viel besser auf die Bedürfnisse des Säugling eingehen. Zudem können diese sozialen Ressourcen auch kompensatorische Wirkung zeigen, wenn sich beispielsweise eine feinfühligere Grossmutter für das Wohl des Kindes einsetzt.

#### **4.1.2 Phasen der Bindungsentwicklung**

Bei der Geburt eines Kindes besteht noch keine Bindung zwischen dem Kind und seinen Eltern. Das Neugeborene ist jedoch mit verschiedenen Verhaltensweisen ausgerüstet, durch welche es Nähe und Kontakt zu seinen Eltern herstellen kann. In den ersten Lebensjahren entwickelt sich diese Bindung und wird gemäss Ainsworth (1973) in vier Phasen unterteilt:

- Die erste Bindungsphase erstreckt sich über die ersten zwei Lebensmonate und umfasst soziale Reaktionen wie Schreien, Klammern, Anschauen etc. In dieser Phase der unspezifischen sozialen Reaktionen signalisieren Säuglinge ihre Bedürfnisse nicht personenspezifisch.
- In der zweiten Phase des Bindungsaufbaus (ab ca. drei Monaten) beginnen Kinder gezielter damit, ihre Bedürfnisse und Emotionen sozial gerichtet auszudrücken. In dieser Phase werden unterschiedliche soziale Reaktionsbereitschaften gezeigt.
- Die erste tatsächlich selektive Ausbildung einer Bindung erfolgt in der dritten Bindungsphase (von sechs Monaten bis zu drei Jahren) und wird die Phase des aktiven und initiierten zielkorrigierten Bindungsverhaltens genannt. Bei emotionalen Belastungen beginnen sich Kinder ab sechs Monaten an spezifische Bindungspersonen zu wenden.
- Ab dem Alter von vier Jahren beginnt die Phase der zielkorrigierten Partnerschaft, in der Kinder die Perspektiven, Absichten und Wünsche der Bezugspersonen bereits in ihre Situationsbewertung und somit in ihre Bindungsorganisation mit einbeziehen. Bindungsverhalten wird deshalb seltener ausgelöst und auch eine vorübergehende Nichtverfügbarkeit der Bezugspersonen wird nicht als Zurückweisung interpretiert (in Grossmann & Grossmann, 2006, 69-75).

Abschliessend wird festgehalten, dass die Bindungsqualität des Kindes zu seinen primären Bezugspersonen je nach Ausprägung als Risiko- oder als Schutzfaktor gelten kann. Die Bindungsqualität ist nicht nur vom Verhalten der Bindungsperson abhängig, sondern auch von internen Bedingungen wie beispielsweise dem Temperament des Kindes. Das elterliche Interaktionsverhalten und Einfühlungsvermögen wird dennoch als entscheidender Faktor erachtet (De Wolff & van Ijzendoorn, 1997; in Lohaus, Vierhaus & Maass, 2010, 233-234). Pollak, Bullinger und Wiegand-Grefe (2011, 359) kommen zum Schluss, dass eine deutliche Korrelation zwischen unsicheren Bindungsmustern und psychischen Auffälligkeiten des Kindes besteht.

Nun folgen die kindlichen Entwicklungsphasen; beginnend mit dem Säugling bis hin zum Adoleszenten. Dabei werden die Entwicklungsschritte aufgezeigt und in Beziehung gesetzt zu den Auswirkungen auf ein Kind, welches mit einem psychisch erkrankten Elternteil oder beiden Eltern aufwächst.

#### **4.2 Säuglings- und Kleinkindalter (Geburt bis 24 Monate)**

Neugeborene Kinder verfügen über angeborene Reflexe, welche ihnen das Überleben sichern; beispielsweise der Suchreflex nach der mütterlichen Brust und das anschließende Saugen, um Nahrung aufzunehmen. Schreien ist für den Säugling die einzige Möglichkeit der Kommunikation. Dadurch macht er auf seine Bedürfnisse nach Nahrung und Trost aufmerksam. Die Schreie des Kindes korrekt zu interpretieren bedarf an Erfahrung und das richtige Handeln muss geübt werden. Es wurde festgestellt, dass Kinder, welche in engem Körperkontakt zu ihrer Bezugsperson stehen, deutlich weniger schreien. Für manche Eltern ist ein schreiender Säugling sehr unangenehm, und wenn es nicht gelingt das Kind zu beruhigen, gelangen gestresste Eltern an die Grenzen ihrer Belastbarkeit (Berk, 2005, 135, 138, 140, 142).

In der neueren Forschung wird der Säugling nicht mehr als teilnahmsloses Wesen erachtet, sondern es zeigte sich, dass dieser bereits über wesentliche Fähigkeiten verfügt wie beispielsweise zur Interaktion mit der kontaktierten Bezugsperson (Lohaus, Vierhaus & Maass, 2010, 191). Aus diesem Grund wird eine psychische Erkrankung eines Elternteiles im Säuglingsalter als äusserst problematisch betrachtet, da die Säuglinge stark auf die Beziehung zu einer Bezugsperson angewiesen sind. Vorab müssen die Grundbedürfnisse wie Nahrung und Pflege befriedigt werden; doch auch sich geborgen und sicher zu fühlen, ist für die Weiterentwicklung des Säuglings von elementarer Bedeutung. Diese Erfahrungen erleben die Kleinen in der Interaktion mit ihren Bezugspersonen (Schone & Wagenblass, 2002, 18-19).

Die Erfahrung, auf die Zuwendung der Bezugspersonen vertrauen zu können, fördert das Selbstvertrauen des Kindes. Kleinkinder, denen diese Erfahrung sicherer und anerkennender emotionaler Bindungen mit ihren primären Bezugspersonen verwehrt bleiben, sind bereits früh gezwungen, sich auf sich selbst zu verlassen und Ich-bezogenen Strategien zur Aufrechterhaltung des inneren Gleichgewichtes und der eigenen Handlungsfähigkeit zu entwickeln. (Klitzling, 1998, 11; in Schone & Wagenblass, 2002, 19)

Depressive Mütter haben häufig Mühe, die ausgesendeten Signale des Kindes zu deuten; diese Interaktionen enden in mütterlichen Kontrollversuchen oder in der Irritation und Enttäuschung des Kindes. Interaktionsspiele, Lächeln, Blick- und Körperkontakt, Sprechen, etc. werden von depressiven Müttern weniger gezeigt. Dadurch können Störungen in der

Bindung, der emotionalen Regulation und der expressiven Sprache entstehen (Remschmidt & Mattejat, 1994, 76; Jungbauer, 2010, 17).

Bei schizophrenen Müttern kann es vorkommen, dass die Schwangere ihre Symbiose mit dem Ungeborenen genießt und sich auch nach der Geburt liebevoll um den Säugling kümmert. In dieser Phase wird das Kind in den Wahn der Mutter eingeschlossen und nimmt keinen Schaden. Problematisch wird es, wenn diese Symbiose weiter besteht und erste Loslösungs-Versuche des Kindes (zwischen dem 6. bis hin zum 24. Lebensmonat) nicht erfolgen können, da die Mutter ihr Kind als erweitertes Selbst erachtet (Baumann, 2000, 49-50).

Kleinkinder ab dem zwölften Monat beginnen verständlich zu reden und erweitern ihr Vokabular fortlaufend. Im Kontext einer reichen sozialen Umgebung wird die Motivation der Kinder sprechen zu lernen und die kognitive Entwicklung gefördert. Langsam entwickelt das Kleinkind ein Bewusstsein von sich selbst. Es beginnt, die Sichtweisen anderer Mensch zu verstehen und vergleicht diese mit den eigenen. Die ersten selbstbezogenen Emotionen wie Scham, Verlegenheit, Schuld und Stolz treten auf (Berk, 2005, 224, 228-229, 242, 269).

Inwiefern das Kleinkind seine Emotionen regulieren, sich sozial anpassen und mit den Eltern kooperieren kann, ist abhängig von der Entwicklung einer sicheren Mutter-Kind-Bindung. Gerade in Verbindung mit einer psychischen Erkrankung des Elternteils kann es in dieser Bindung zu Störungen kommen. Bei kleinen Kindern im Alter zwischen zwölf und 18 Monaten wurden vermehrt unsichere Bindungen festgestellt, wenn die Mutter an Depressionen litt. Die Beziehungen zu Gleichaltrigen wurden zu einem späteren Zeitpunkt als schlechter beurteilt, und es wurden vermehrt aggressives Verhalten und Fehlanpassungen gezeigt (Ramsauer, 2011, 176). „Für die Stabilität der frühkindlichen Bindungsqualität zwischen dem 12. und 18. Lebensmonat und der weiteren Bindungsentwicklung war die Stabilität des familiären Kontextes entscheidend.“ (Ramsauer, 2011, 176)

#### **4.3 Frühe Kindheit (zwei bis fünf Jahre)**

Berk (2005, 300-301, 322-323) macht darauf aufmerksam, dass in der frühen Kindheit das magische Denken eine zentrale Stellung einnimmt. Drei- bis Vierjährige glauben an die übernatürlichen Kräfte von Zauberwesen. Dies resultiert aus dem unvollständigen Wissen über wichtige Aspekte des Alltages. Für Kinder zwischen dem vierten und achten Lebensalter nimmt die Vertrautheit mit physikalischen Vorgängen zu, und sie werden zunehmend fähig, zwischen Magie und Wirklichkeit zu unterscheiden. Die Fortschritte, welche Kinder bezüglich der Sprachentwicklung zwischen dem zweiten und sechsten Lebensalter machen, sind enorm. In dieser Zeit wächst der Wortschatz auf bis zu 10'000 Wörter an. Gegen Ende der frühen Kindheit beherrschen die Kinder grammatikalische Konstruktionen in ihrer Muttersprache. Bereits Dreijährige benutzen kausale Ausdrücke wie

„wenn – dann“ mit derselben Präzision wie Erwachsene und verfügen dadurch über logisches Denken. Nur wenn die Themen widersprüchlich, unvertraut oder nicht fassbar sind, greifen Kinder zeitweise auf unlogisches Denken zurück.

Die Schuldfragen sind besonders bei kleinen Kindern sehr belastend. Sie gehen davon aus, dass sie durch Unfolgsamkeit und lautes Benehmen an der Entstehung der Krankheit beteiligt sind. Ihre Mutter ist krank, weil sie „böse“ waren. Diese Vorstellung kann durch Schuldzuweisungen des erkrankten Elternteils noch verstärkt werden. Es wurde festgestellt, dass es gerade für kleinere Kinder schwierig ist mit aussenstehenden Personen über das „anders sein“ ihres Elternteils zu sprechen. Ihnen fehlen die Worte, da in der Familie nicht offen über die Krankheit gesprochen wird (Lenz, 2005, 101, 120). Für die Entwicklung eines Selbst ist das Selbstwertgefühl von grosser Bedeutung. Die gemachten Erfahrungen prägen und bestimmen das zukünftige Verhalten und beeinflussen die psychische Anpassung auf lange Zeit hinaus. In der frühen Kindheit verändert sich der Selbstwert durch die verschiedenen Selbstbeurteilungen des Kindes. Verfügt das Kind über einen hohen Selbstwert, kann es auch seine Umwelt erfolgsorientierter in Angriff nehmen. Die Eltern können jedoch durch geringste missfallende Äusserungen die Begeisterung des Kindes Neues zu lernen untergraben (Berk, 2005, 332-333). Das Selbstwertgefühl des Kindes kann von den Eltern durch folgendes Verhalten gefördert werden:

- positive Beziehung zum Kind (sich Zeit nehmen, dem Kind zuhören und gegenseitiger Austausch über Gefühle)
- Erfolge des Kindes anerkennen und Freude zeigen
- Unterstützung des Kindes, eigene Entscheide zu treffen
- Emotionen bestätigen und Möglichkeiten aufzeigen wie es mit starken Gefühlen umgehen kann (Berne & Savary, 1993; in Berk 2005, 333).

Für Kinder mit einem depressiven Elternteil ist es häufig schwierig ausserfamiliäre Kontakte zu pflegen, da die Eltern versuchen, ihre Kontakte zur Aussenwelt minimal zu halten und die Kinder auf die Hilfe ihrer Eltern angewiesen sind. Häufig werden von schizophrenen oder depressiven Eltern verzernte Weltbilder vermittelt, welche sich weit entfernt von der Realität befinden (Baumann, 2000, 52). Jungbauer (2010, 17) hält fest, dass die mütterliche Fähigkeit von depressiven Frauen sensibel auf die Bedürfnisse des Kindes einzugehen eingeschränkt ist (vgl. Kapitel 4.2). Bei erkrankten Müttern sind die verbalen und physischen Kontakte wie anschauen, berühren, sprechen und lächeln zum Kind gering.

Gemäss Pretis & Dimova (2010a, 47) weisen Kinder mit schizophrenen Müttern Defizite in den Sozialkompetenzen auf. Ihr Bindungsverhalten ist eher vermeidend bis hin zu ängstlich.

#### 4.4 Mittlere Kindheit (sechs bis zehn Jahre)

Das Denken wird im Alter von sieben bis elf Jahren logischer und flexibler. Die Kinder sind nun fähig, verschiedene Aspekte eines Problems zu berücksichtigen und diese in Beziehung zueinander zu setzen; dabei verfügen sie über Reversibilität<sup>11</sup> im Denken. Das konkret-operationale Denken der mittleren Kindheit unterliegt einer wichtigen Einschränkung; die Kinder denken in dieser Phase nur dann organisiert und logisch, wenn sie die Informationen direkt wahrnehmen können. Mit abstrakten Gedanken, welche in der wirklichen Welt nicht sichtbar sind, können sie nur schlecht umgehen. Selbstbezogene Emotionen wie Schuldgefühl und Stolz werden in der mittleren Kindheit von einem individuellen Verantwortungsgefühl regiert. Ab dem Alter von acht Jahren ist es den Kindern möglich, mehr als eine Emotion gleichzeitig zu erleben, und sie sind sich dadurch der Vielfältigkeit von emotionalen Erfahrungen bewusst. Zudem werden in den mittleren Kindheitsjahren grosse Fortschritte im Einnehmen der Perspektiven von anderen Menschen gemacht. Dadurch, dass das Kind sich in das Denken und Fühlen von anderen hineinzusetzen vermag, entsteht eine neue Vielfalt an sozialen Fähigkeiten. Ein weiterer Schritt wird vollbracht, wenn das eigene Selbst aus dem Blickwinkel eines Unbeteiligten betrachtet wird. Dies lässt sich bei Jugendlichen in der Pubertät feststellen. Darauf folgt die sozial orientierte Perspektivenübernahme, was bedeutet, dass soziale Werte diese Übernahme beeinflussen. Durch den reflektierten Zugang zur Sprache können die Kinder im Schulalter Mehrfach-Bedeutungen von Wörtern richtig einschätzen. Beispielsweise wird dabei die psychologische wie auch die physikalische Dimension von „scharf“ erfasst. Durch das Begreifen von Doppelbedeutungen werden auch subtile Metaphern verstanden und der kindliche Humor verändert sich stark. Die Kinder sind nun fähig Sätze zielgerichtet zu formulieren. Zudem wird die Unterscheidung zwischen dem, was gesagt und was gemeint wird sensibler (Berk, 2005, 390-392, 410-411, 438-441).

Sobald die Kinder in die Schule gehen, wird der Stand ihrer Entwicklung das erste Mal von aussen beurteilt und womöglich werden erste Auffälligkeiten festgestellt. Die neue Schulsituation erfordert Fähigkeiten, welche das Kind unter Umständen aus seinem Familienalltag nicht kennt und überfordert. Diese Schwierigkeiten können im Bereich der sozialen oder auch der schulischen Kompetenzen auftreten. Zudem stellt das Kind fest, dass seine Mutter oder sein Vater nicht der Norm entspricht und etwas nicht in Ordnung ist. Schamgefühle gegenüber den Eltern können sich entwickeln und das Kind möchte keine Freunde nach Hause bringen. Aber auch das Gefühl der Mitschuld an der Situation Zuhause kann entstehen. Eine häufige Reaktion auf diese Schuldgefühle ist beispielsweise, dass die Kinder Verantwortungen übernehmen, welche nicht altersentsprechend sind. Sie schauen zu

---

<sup>11</sup> Dies beinhaltet die Fähigkeit gewisse Gedankenschritte zu vollziehen, anschliessend die Richtung zu wechseln und zum Ausgangspunkt zurückzukehren (Berk, 2005, 390).



ihren jüngeren Geschwistern, helfen im Haushalt mit oder betreuen im Extremfall sogar ihre Eltern und werden zum Partnerersatz. Bei dieser Rollenumkehrung (vgl. Kapitel 3.2) spricht man dann von einer Parentifizierung (Baumann, 2000, 52).

Gemäss Jungbauer (2010, 17) fühlen sich depressive Mütter mit Kindern im Vor- und Grundschulalter zunehmend überfordert mit der Grenzsetzung. Der Erziehungsstil schwankt zwischen nachgiebig oder kontrollierend. Im Vergleich zu psychisch gesunden Müttern äussern sich depressive seltener positiv gegenüber den Kindern, um deren Selbstwert zu stärken.

#### **4.5 Adoleszenz (Pubertät bis Erwachsenenalter)**

Erst ab dem elften Lebensjahr können Kinder hypothetische Gedanken nachvollziehen. Heranwachsende in der Adoleszenz zeigen hypothetisch-deduktives Denken; das bedeutet, dass sie bei einer Problemstellung alle Möglichkeiten systematisch durchgehen und testen. Zudem entwickeln sie ein propositionales Denken, durch welches sie die Logik verbaler Aussagen unabhängig von den realen Umständen bewerten können. Die verbalen und kognitiven Fähigkeiten helfen den Jugendlichen, ihre Gefühle adäquat auszudrücken und sich mit ihrer Familiensituation sowie ihrer eigenen Person reflektierend auseinanderzusetzen (Berk, 2005, 502-504, 507-509).

Die ersten Schritte in die Richtung der Abnabelung von den Eltern werden getätigt und die Jugendlichen entwickeln eine eigene Identität. Ausserfamiliäre Kontakte sind äusserst bedeutungsvoll, da sie Ablenkung und Entlastung bedeuten. Gleichzeitig wird dabei einer der schwierigsten Punkte in der Beziehung von Kindern zu ihren psychisch kranken Eltern erreicht. Die Kinder sind nun fähig, die Krankheit des betroffenen Elternteils zu verstehen und nachzuvollziehen, gleichzeitig kann dieses Wissen sie daran hindern, sich von ihren Eltern zu distanzieren. Diese innere Loslösung bleibt unvollendet, da die Jugendlichen noch zu sehr mit ihren Gefühlen und ihren Gedanken zur Familiensituation verstrickt sind. Sie erachten das Verhalten der Loslösung als ein im Stich lassen der Eltern. Häufig bedrückt die Jugendlichen die Angst, selbst zu erkranken und somit zu einem späteren Zeitpunkt im Leben vor die gleiche Problematik gestellt zu sein. Ursachen dieser Angst sind mangelnde Aufklärung über das psychische Krankheitsbild der Eltern. Durch Annahmen und Vermutungen werden diese Ängste vergrössert und Ähnlichkeiten mit dem Elternteil werden als Bedrohung erlebt, da diese als Zeichen der Selbsterkrankung gewertet werden. Abgrenzung oder sogar vehemente Ablehnung des Elternteils können Folgen von diesen massiven Ängsten sein. Ein anderes Reaktionsmuster ist der Rückzug in eine eigene Welt. Auf die starken Distanzierungsversuche können Schuldvorwürfe folgen, sich ungerecht gegenüber dem Elternteil verhalten zu haben. Mitgefühl und Hilflosigkeit prägen in diesem Fall die Grundstimmung der Jugendlichen, und sie fühlen sich verantwortlich für den Zusammenhalt des Familiengefüges. Dies führt zu einer intensiven

Verantwortungsübernahme und der Jugendliche schlüpft in die Rolle des Ersatzpartners. Dabei spricht man von Rollenumkehrung bzw. Parentifizierung, wodurch der Prozess der Selbstfindung erschwert wird, da für die Jugendlichen eine elterliche Identifikationsfigur grösstenteils entfällt. Die Studie von Lenz zeigt, dass die Enttäuschung, den erkrankten Elternteil nicht als Identifikationsobjekt zur Verfügung zu haben, äusserst tiefgreifend ist. Gleichzeitig ist der gesunde Elternteil nicht in der Lage, die an ihn gesetzten Erwartungen zu erfüllen, da auch er sich Unterstützung bei dem Jugendlichen erhofft und sucht. So stehen die Jugendlichen zwischen den beiden Elternteilen und von beiden Seiten werden Erwartungen an sie herangetragen, welche die Ablösungsprozesse und die Entwicklung eigener Lebensvorstellungen erschweren können (Baumann, 2000, 55; Lenz, 2005, 89-92).

#### **4.6 Erwachsenenalter**

Grossmann & Grossmann widmeten sich in den letzten dreissig Jahren intensiv der Bindungstheorie. In ihrer Langzeituntersuchung in Bielefeld und Regensburg wurden junge Erwachsene im Alter von 20 und 22 Jahren erneut ausführlich über ihre innere Haltung zu Bindungen und ihren Partnerschaftserfahrungen befragt. Die Idee der Langzeituntersuchung war es herauszufinden, ob ihre Erfahrungen, welche sie als Kind mit ihren Eltern als Bindungspersonen machten und ihre spätere Fähigkeit, emotionale Bindungen einzugehen in Bezug standen.

Die zentralen Befunde aus den beiden Studien untermauern die Grundannahme der Bindungstheorie, dass die Erfahrungen mit den Eltern in der frühesten Kindheit die Fähigkeit enge Beziehungen einzugehen wesentlich beeinflussen. Die vier wichtigsten Befunde lauten:

1. Der Wert von Bindungen wird massgeblich von der elterlichen Feinfühligkeit und Akzeptanz von den frühesten Kinderjahren an beeinflusst.
2. Der Umgang der Eltern mit dem Kind prägt dessen gedanklichen Umgang mit negativen Gefühlen, welche für das Kind schwierig zu meistern sind.
3. In jedem Altersabschnitt wird den gemeinsamen Erlebnissen des Kindes mit seinen Eltern die gleiche Bedeutung zugeschrieben.
4. Kinder, welche durch ihre Erfahrungen mit ihren Eltern Strategien zur Bewältigung von negativen Erlebnissen entwickeln, können ein klareres inneres Modell von Bindung und Partnerschaft entfalten, welches ihnen Sicherheit vermittelt. Diese Erfahrungen sind gekennzeichnet durch Offenheit und die Bereitschaft sich helfen zu lassen (Grossmann & Grossmann, 2006, 527-529, 575-576).

Sollberger, Byland & Widmer (2008, 160-161, 186-187) stellen in der Studie des nationalen Forschungsprogramms NFP 51 „Integration und Ausschluss“ des Schweizerischen Nationalfonds im Jahre 2003 bis 2006 fest, dass Kinder psychisch kranker Eltern auch im Erwachsenenalter von den Folgen der Erkrankung ihrer Eltern betroffen sind. Die

Belastungen wurden retrospektivisch erhoben und es zeigte sich, dass der Wunsch, über die Kindheitserlebnisse zu sprechen sehr gross ist. Zugleich wird aber klar, dass die Betroffenen durch die Tabuisierung der Thematik am Sprechen gehindert werden. Diese Sprachlosigkeit resultiert aus verschiedenen Gefühlen, welche hauptsächlich mit Schuld und Scham behaftet sind und aus der Angst, stigmatisiert zu werden (vgl. Kapitel 3.2). Die Bewältigung der Belastung wird stark von der eigenen Bewertung der Situation (vgl. *Kohärenzgefühl* Kapitel 5.2.1) beeinflusst; daraus ergibt sich die Frage, welche subjektiven Bedeutungen die Erwachsenen den verschiedenen Belastungsfaktoren zuordnen. Dabei wurde sichtbar, dass die Tabuisierung eine grundlegende Problematik darstellt, welche sich unter anderem aus der geringen Aufklärung ergibt. Mit Aufklärung ist gemeint, dass Kinder Informationen kontext- und situationsbezogen erfahren und lernen zu „verstehen“, was mit dem erkrankten Elternteil geschieht. Durch die Tabuisierung fehlt es anschliessend auch an den nötigen sozialen Kontakten, um Unterstützungen zu erhalten. Manche Kinder bilden dann ein sogenanntes „Not-Ich“, was bedeutet, dass sie auch ohne Hilfe von aussen mit der belastenden Situation zurecht kommen. Dies kann zu einem erfolgversprechenden Coping führen, birgt jedoch die Gefahr einer inneren Isolation.

### *Zusammenfassung*

Mary Ainsworth entwickelte den Test „strange situation“, um den Zusammenhang zwischen Bindungs- und Erkundungsverhalten zu untersuchen. Daraus resultierend unterschied sie in vier kleinkindliche Reaktionen in Folge einer Trennung von der Bezugsperson: *sicher*, *unsicher-vermeidend*, *unsicher-ambivalent* und *desorientiert*. Daraus ergibt sich, dass Kinder mit sicheren Bindungen sich auf ihre Bezugspersonen verlassen können, wenn sie Nähe suchen. Diese Erfahrungen prägen die kindliche Umweltwahrnehmung und beeinflussen dadurch das Handeln. Damit sich ein junger Mensch psychisch stabil entwickeln kann, benötigt er gemäss der Bindungstheorie verlässliche primäre Bezugspersonen, bei welchen er sich sicher und vertraut fühlt. Die Bedürfnisbefriedigung der Kinder wird als Hauptaufgabe für eine erfolgreiche Elternschaft erachtet. Dabei stellt das elterliche Verhalten ein wichtiger Faktor dar. Psychisch belastenden Eltern fällt es aufgrund ihrer Erkrankung schwerer auf die Bedürfnisse ihrer Kinder umfassend einzugehen. Die Folgen einer elterlichen Erkrankung können bis ins Erwachsenenalter reichen und weiterhin den Alltag der nun „erwachsenen Kindern“ beeinflussen.

## **5 Risiko- und Schutzfaktoren für die kindliche Entwicklung**

Kinder, die bei psychisch kranken Eltern aufwachsen, sind einem deutlich erhöhten Risiko ausgesetzt eine psychische Störung zu entwickeln. Die Gründe dafür liegen in den erschwerten psychosozialen Bedingungen unter denen sie aufwachsen und sind auch auf

genetische Faktoren zurückzuführen. Es ist aber empirisch erwiesen, dass trotz diesen multiplen Belastungen, die meisten Kinder selber nicht erkranken (Lenz, 2005, 16).

Nach Lenz (2005, 13) gibt es bei Forschungsarbeiten zum Thema „Kinder psychisch kranker Eltern“ folgende drei Forschungsansätze. Die Risikoforschung, auch high-risk Forschung genannt, hat zum Ziel, Gruppen mit einem hohen Erkrankungsrisiko zu untersuchen und bestimmte Merkmale dieser Gruppe zu beschreiben. Bei der Vulnerabilitätsforschung ist die Erkennung von Frühsymptomen zentral, um präventive Massnahmen ergreifen zu können. Die Resilienzforschung und Bewältigungsforschung als dritter Forschungsansatz untersucht, weshalb Personen trotz Belastungen und Risiken gesund bleiben oder sich relativ leicht erholen, während andere Personen unter ähnlichen Bedingungen besonders anfällig sind.

Daraus gehen die Risiko- und Schutzfaktorenkonzepte hervor, die mit der Resilienzforschung stark verbunden sind (Wustmann, 2004, 36). Es existieren verschiedene Vorstellungen/Modelle wie Risiko- und Schutzfaktoren zusammenwirken (Petermann, Niebank & Scheithauer, 2004, 349-350). Abbildung 1 ist ein von Scheithauer et al. (2004, 323-324) entwickeltes Schema, mit dessen Hilfe, die Einflussfaktoren auf die kindliche Entwicklung strukturiert werden können.

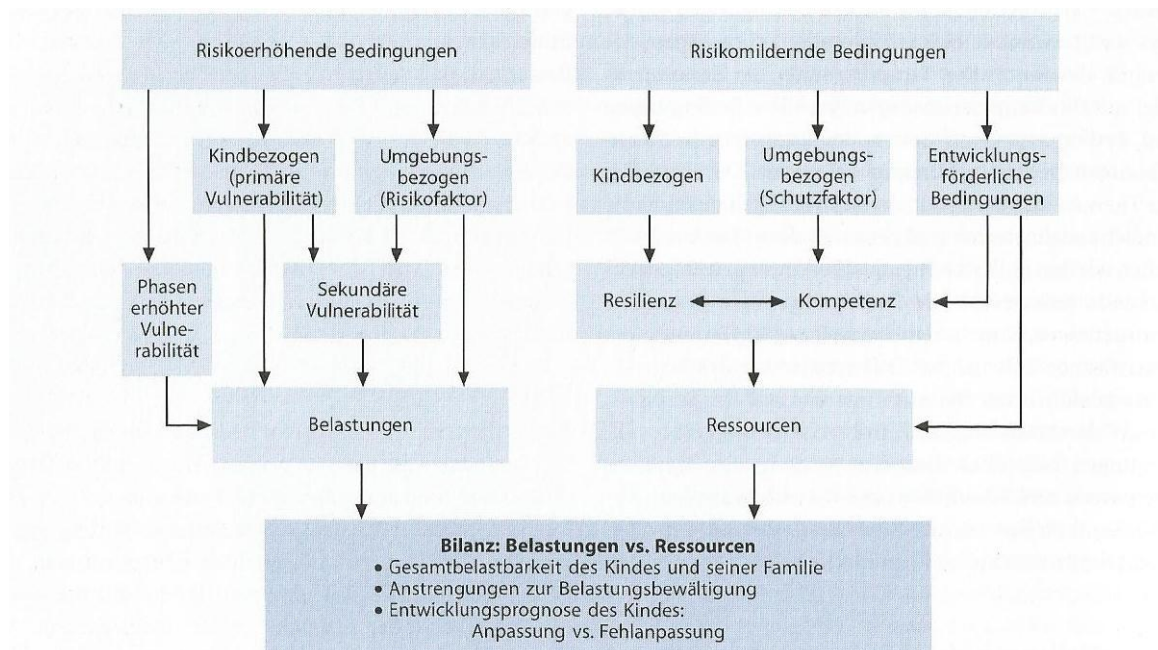


Abbildung 1: Risikoe erhöhende und –risikomildernde Bedingungen in der kindlichen Entwicklung (in Petermann, Niebank & Scheithauer, 2004, 324)

Dieses Schema zeigt die Gesamtbelastbarkeit eines Kindes und seiner Familie auf. Als Belastungen für Kinder gelten die risikoe erhöhenden Bedingungen. Im Gegensatz dazu stehen die risikomildernden, schützenden Bedingungen als interne oder externe Ressourcen des Kindes.

Je mehr schützende Bedingungen vorhanden sind, desto grösser ist die Wahrscheinlichkeit, dass es einem Kind gelingt die Risikosituation zu bewältigen und seine Entwicklung positiv verläuft. Das Ziel der Resilienzförderung ist die Erhöhung von schützenden Bedingungen respektive die Verminderung von Risikoeinflüssen (Wustmann, 2004, 56).

Dieses Kapitel orientiert sich grösstenteils am Schema von Scheithauer et al. und fokussiert die Kinder psychisch kranker Eltern. Im Folgenden werden die auf Abbildung 1 vorhandenen Begrifflichkeiten ausgeführt und falls nötig, erfolgen noch zusätzliche Spezifizierungen. Anhand dieser Abbildung und mit den weiteren Ausführungen soll das Zusammenwirken der Risiko- und Schutzfaktoren bezüglich der kindlichen Entwicklung verdeutlicht werden.

## **5.1 Risikoerhöhende Bedingungen**

„Der Begriff Risiko umschreibt die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten psychischer Störungen, körperlicher Erkrankungen oder anderer negativer Zustände [...]“ (Petermann, Niebank & Scheithauer, 2004, 323).

Die risikoerhöhenden Bedingungen können Vulnerabilitätsfaktoren auf Seite des Kindes oder umgebungsbezogene Risikofaktoren sein. Risikofaktoren erhöhen die Wahrscheinlichkeit für eine fehlangepasste Entwicklung respektive eine psychische Störung. Das Risikofaktorenkonzept ist also ein Wahrscheinlichkeitskonzept und kann Störungen nicht ursächlich begründen. Risikofaktoren gehen auch nicht unmittelbar mit psychischen Störungen oder Entwicklungsrisiken einher, es braucht dazu in vielen Fällen auch eine Vulnerabilität des Kindes. Die Wahrscheinlichkeit einer nachteiligen Entwicklung ist durch das Vorliegen eines Risikofaktors erhöht, jedoch nicht determiniert (Scheithauer et al., 2000; in Wustmann, 2004, 36).

Die Studie von Rutter und Quinton (1984; in Lenz, 2005, 13) zeigt, dass bei einer Gruppe von Kindern mit psychisch kranken Eltern ein Drittel keine Beeinträchtigungen in der Entwicklung zeigten, bei einem Drittel vorübergehende Auffälligkeiten vorkamen und sich beim letzten Drittel persistente kinderpsychiatrische Störungen entwickelten.

### **5.1.1 Vulnerabilität**

Als Vulnerabilität wird die Verletzbarkeit eines Menschen bezeichnet. Sie beschreibt, wie stark die Entwicklung eines Kindes ungünstig beeinflusst werden kann und äussert sich als besondere Empfindlichkeit gegenüber der Umwelt. Vulnerabilitäten können genetisch bedingt sein oder in der Auseinandersetzung mit der Umwelt erworben werden. Eine erhöhte Vulnerabilität kann die Anfälligkeit gegenüber Umweltstressoren erhöhen und das Risiko für die Entwicklung einer psychischen Störung steigern. Neben den Vulnerabilitätsfaktoren gibt es auch Phasen erhöhter Vulnerabilität, die sich beispielsweise in kritischen Wachstumsperioden des Zentralnervensystems eines Säuglings oder bei

Entwicklungsübergängen zeigen. Solche Entwicklungsübergänge beinhalten Veränderungen und es müssen Entwicklungsanforderungen – wie beispielsweise die Eingliederung in ein neues Umfeld beim Schuleintritt – gemeistert werden (Petermann, Niebank & Scheithauer, 2004, 326).

Kinder psychisch kranker Eltern sind in der Forschung als Risikogruppe für die Entwicklung eigener psychischer Auffälligkeiten bekannt. Das erhöhte Risiko von Kindern psychisch kranker Eltern selbst an einer psychischen Störung zu erkranken lässt sich wie bereits erwähnt teilweise durch genetische Faktoren begründen. Bei Schizophrenien und auch bei affektiven Psychosen<sup>12</sup> wurde eine genetische Komponente nachgewiesen wie folgende, zitierte Stelle aus Lenz (2005, 14) aufzeigt:

Während das Lebenszeitrisiko an einer Schizophrenie zu erkranken bei ca. 1% liegt, ist die Wahrscheinlichkeit für Kinder schizophrener Eltern, selbst an einer Schizophrenie zu erkranken mehr als verzehnfacht und liegt bei 10% bis 15% (vgl. Tienari, 1987; Canino, 1990). Eineiige Zwillinge haben hinsichtlich einer schizophrenen Erkrankung eine Übereinstimmung von über 50%, bei zweieiigen Zwillingen beträgt hingegen die Konkordanz nur etwa 10% bis 15%. Kinder mit einem schizophren erkrankten Elternteil haben darüber hinaus ein deutlich höheres Risiko, an anderen psychischen Störungen zu erkranken. Weiter zeigen Befunde, dass bei Verwandten ersten Grades von depressiven Patienten depressive Störungsbilder häufiger vorkommen als in der Gesamtpopulation.“

Eine determinierende Wirkung von genetischen Faktoren kann aber durch Adoptionsstudien ausgeschlossen werden. Diese haben gezeigt, dass das Auftreten von psychischen Störungen bei Kindern psychisch kranker Eltern wesentlich vom Vorhandensein von ungünstigen Umweltumständen und familiären Belastungen abhängig ist. Genetische und psychosoziale Faktoren wirken also zusammen. Die genetische Ausstattung bestimmt lediglich mit, ob sich ein belastendes Lebensereignis pathogen auswirkt. Studien belegen, dass bei Menschen mit einer hohen erblich bedingten Vulnerabilität besonders die Umwelteinflüsse – also Risiko- und Schutzfaktoren – sehr relevant sind (Lenz & Kuhn, 2011, 269).

---

<sup>12</sup> Affektive Psychosen sind manisch-depressive Erkrankungen (Möller, Laux & Deister, 2009, 76).

### 5.1.2 Risikofaktoren

Eine psychische Erkrankung des Elternteils wirkt als Risikofaktor<sup>13</sup> auf den Umgang mit dem Kind und damit auf dessen psychische Gesundheit. Durch die Erkrankung des Elternteils häufen sich psychosoziale Belastungen in der Familie, die sich gegenseitig bedingen, in Wechselwirkung stehen und sich verstärken. Konkret kann das bedeuten, dass vermehrt Ehekonflikte vorkommen, welche die Krankheit des einen Elternteils wiederum verstärken können. Auch können langfristige psychische Störungen mit einem sozialen Abstieg der Familie einhergehen (Mattejat et al., 2000; in Wiegand-Grefe, Geers, Petermann & Plass, 2011, 206-211). Ihle et al. (2001; in Lenz & Kuhn, 2011, 271-272) haben folgende familiären Risikofaktoren aufgelistet denen Kindern psychisch kranker Eltern besonders häufig ausgesetzt sind:

- sozioökonomische und soziokulturelle Aspekte wie Armut, finanzielle Probleme, soziale Randständigkeit, unzureichende Wohnverhältnisse
- niedriger Ausbildungsstand der Eltern und Arbeitslosigkeit
- Verlust von wichtigen Bezugspersonen, insbesondere eines Elternteils, inadäquate soziale Unterstützung
- zwei- bis fünffach erhöhte Wahrscheinlichkeit für Vernachlässigung, Misshandlung und sexuellen Missbrauch (vgl. Kap 3.1)

Bezogen auf die Schweiz, wird aus der Winterthurer Studie die Kumulation der psychosozialen Belastungen bei psychisch kranken Eltern mit Kindern ersichtlich. Der Bildungsstand ist deutlich tiefer als bei der Durchschnittsbevölkerung. Sie sind fünfmal häufiger arbeitslos als die Durchschnittsbevölkerung und während die Hälfte der Wohnbevölkerung in der entsprechenden Altersgruppe Vollzeit arbeitet, sind es bei den psychisch Kranken 13 Prozent. Als ein zusätzlicher Risikofaktor konnte die Migration und Fremdkulturalität ausgemacht werden (Gurny et al., o.J.a, 5). Bezogen auf Winterthur orten die Leistungserbringenden (Leistungserbringende aus dem medizinisch-psychiatrischen und psychosozialen Versorgungssystem für Erwachsene und Leistungserbringende aus dem medizinisch-psychiatrischen und psychosozialen Versorgungssystem für Kinder und Jugendliche) in knapp drei Viertel der Familien mangelnde Erziehungskompetenzen der Eltern. Während mangelnde Alltagsstrukturierung und Paarkonflikte in jeder zweiten Familie vorkommen, ist jede dritte Familie von Erwerbslosigkeit und/oder physischer und psychischer Gewalt und/oder sozialer Isolation und/oder Vernachlässigung betroffen. Armut herrscht in

---

<sup>13</sup> In der Entwicklung eines Kindes gibt es vielfältige Risikofaktoren. Ein Risikofaktor ist die psychische Erkrankung eines Elternteils. Weitere Risikofaktoren, die in unserer Arbeit aber nicht im Zentrum stehen, sind beispielsweise Kriminalität oder Dissozialität eines Elternteils, der Verlust eines Elternteils, schlechte Schulbildung der Eltern etc. (Möller, Laux & Deister, 2009, 23).

jeder vierten Familie, einige wenige Familien sind überschuldet und in einer Familie kommt sexuelle Gewalt vor (Gurny et al., o.J.a, 17; Gurny et al., o.J.b, 103-104).

Die Auswirkungen auf die Kinder können aber je nach Ausprägung und Art der elterlichen Störung unterschiedlich sein. Es gibt Studien, die den verschiedenen Diagnosegruppen von psychischen Erkrankungen unterschiedliche Risiken zuschreiben. Nach Matthejat & Remschmidt (1994, in Lenz, 2005, 15) sind Kinder schizophren erkrankter Eltern stärker belastet als Kinder von depressiven Eltern, weil sich Kinder schizophren erkrankter Eltern weniger mit ihnen identifizieren (vgl. Kapitel 3.1). Andere Studien deuten darauf hin, dass die Diagnose für die psychische Auffälligkeit von Kindern von geringerer Bedeutung ist. Diese Studien sehen die psychische Auffälligkeit von Kindern eher im Zusammenhang mit dem Schweregrad und der Chronizität der Erkrankung sowie der Komorbidität (vgl. Kapitel 3.1.) (Wiegand-Grefe et al., 2011, 206-211). So haben Hammen et al. (1990; in Wiegand-Grefe et al., 2011, 210) festgestellt, dass das Risiko für Kinder eine psychische Störung zu entwickeln, stark von der Dauer einer elterlichen depressiven Störung, der Anzahl Episoden und dem Schweregrad der Störung abhängt. Besonders gefährdet sind Kinder, deren Eltern an einer wiederkehrenden depressiven Störung leiden. Gesunde Intervalle wirken sich für die Kinder risikomildernd aus.

Häufig werden einzelne Risikofaktoren – wie zum Beispiel eine psychische Erkrankung eines Elternteils – und deren Auswirkungen auf die kindliche Entwicklung untersucht. Allerdings treten Risikofaktoren meist nicht isoliert auf und sind mit zusätzlichen Risiken gekoppelt. So hat ein einzelner Risikofaktor häufig noch keine Auswirkung auf die Entwicklung von Kindern. Erst durch das Auftreten von mehreren Risikofaktoren, deren Kumulation, steigt die Wahrscheinlichkeit für die Entwicklung von Störungen. Baldwin et al. unterscheiden (1990; in Lenz, 2008, 63) zwischen distalen und proximalen Risikofaktoren. Ein distaler Risikofaktor, zum Beispiel eine psychische Erkrankung eines Elternteils, wird von Kindern häufig nicht unmittelbar erfahren, sondern erst durch den proximalen Faktor vermittelt. Ein proximaler Faktor könnte in diesem Zusammenhang Gleichgültigkeit, elterliche Disharmonie oder Inkonsistenz im Erziehungsstil sein. Sameroff und Seifer (1983; in Lenz, 2008, 63-64) zeigen diesbezüglich auf, dass eine mütterliche Depression an und für sich noch nicht ursächlich für die Symptome der Kinder verantwortlich gemacht werden kann, jedoch aber die Schwere und Chronizität der Störung, welche das Fürsorge- und Erziehungsverhalten wesentlich beeinflusst.

Fehlen proximale Faktoren, gibt es unter Umständen keinen signifikanten Zusammenhang zwischen den distalen Variablen – in unserem Beispiel einer psychischen Erkrankung eines Elternteils – und der kindlichen Entwicklung. Ist also in einer Familie mit einem psychisch kranken Elternteil der Umgang miteinander harmonisch, besteht ein offenes Klima, ein



günstiges Erziehungsverhalten und sind die Eltern wie auch ihre Kinder in ein soziales Netz eingebettet und erfahren dadurch Unterstützung, dann verliert die psychische Erkrankung eines Elternteils ihre Risikofunktion. Diese Kinder haben zwar einen Elternteil mit einer psychischen Erkrankung, sind aber einem geringeren Risiko ausgesetzt als Kinder, bei denen distale und proximale Risiken zusammenkommen (Rutter, 1996; in Lenz, 2008, 64). Ein einzelner Risikofaktor besitzt demnach nur eine begrenzte prognostische Aussagekraft und liefert keine befriedigende Erklärung für das Entstehen von Entwicklungsstörungen. Zu deren Entstehung sind nicht mehr direkte Risikofaktoren als Ursache anzunehmen wie dies lange Zeit in der Risikoforschung üblich war. Wichtiger ist die Erkenntnis, dass kindliche Entwicklungsprozesse von der kumulativen Wirkung von einzelnen Belastungsfaktoren beeinflusst wird und nicht von den einzelnen Belastungsfaktoren (Coyne & Smith, 1991; in Lenz und Kuhn, 2011, 272).

## **5.2 Risikomildernde Bedingungen**

Schutzfaktoren sind Prozesse oder Faktoren, die dem Kind helfen, sich trotz hohem Risiko normal zu entwickeln. Resilienz, auch Widerstandskraft genannt, ist das Produkt dieser schützenden Einflüsse (vgl. Kapitel 5.2.6.) (Werner, 2007a, 20). Schutzfaktoren können im Kind, in der Familie oder in der sozialen Umwelt liegen. Insbesondere familiäre Schutzfaktoren haben für die Entwicklung und die psychische Gesundheit von Kindern eine grosse Bedeutung. So wurde in der Bella-Studie nachgewiesen, dass familiäre Schutzfaktoren stark protektiv sind. Diese Studie kam zum Schluss, dass die Wahrscheinlichkeit für ein Kind mit familiären und sozialen Schutzfaktoren depressive Symptome oder Angstsymptome zu entwickeln halb so gross ist im Vergleich zu Kindern, die in einem negativen familiären Klima und mit wenig Zusammenhalt unter den Familienmitgliedern aufwachsen (Ravens-Sieberer et al., 2007; in Lenz & Kuhn, 2011, 286). Diverse Studien (z.B. Kauai Längsschnittstudie, Bielefelder Invulnerabilitätsstudie) kamen zu sehr konsistenten empirischen Ergebnissen. Obwohl sie sich hinsichtlich der unterschiedlicher Stichproben in vielfältigen Kontexten, einer grossen Bandbreite an Methoden, der Risikofaktoren und untersuchten Entwicklungsabschnitten unterschieden. Aufgrund dieser Befunde wird von allgemeinen Schutzfaktoren ausgegangen, die nun ausgeführt werden, bevor im Kapitel 5.2.5 spezifisch auf die Schutzfaktoren für Kinder psychisch kranker Eltern eingegangen wird (Lenz & Kuhn, 2011, 276-286).

Abbildung 1 unterscheidet Schutzfaktoren im Kind und in seiner Umwelt. In der Forschung werden die Schutzfaktoren in der Umwelt häufig noch in familiäre und soziale Schutzfaktoren unterteilt. In dieser Arbeit wird ebenfalls die erweiterte Unterteilung vorgenommen.

### 5.2.1 Kindzentrierte Schutzfaktoren

Kindzentrierte Schutzfaktoren beziehen sich im Gegensatz zu den familiären und sozialen Schutzfaktoren nicht auf die soziale Umgebung sondern sind im einzelnen Kind zu verorten.

#### *Temperamentsmerkmale*

Nach Schwartz et al. (1996; in Bender & Lösel, 1998, 127) ist das Temperament ein charakteristisches Verhaltensmuster, das sich einerseits auf angeborene physiologische Dispositionen bezieht und andererseits in der Interaktion mit der Umwelt erworben wird. Es werden drei Dimensionen des Temperaments unterschieden:

- das einfache Kind
- das langsam auftauende Kind
- das schwierige Kind

Häufig haben resiliente Kinder ein einfaches Temperament, welches eine positive Interaktion mit Bezugspersonen zur Folge hat und die Wahrscheinlichkeit von Eskalationen verringert. Merkmale eines einfachen Temperaments sind beispielsweise ein regelmässiger Schlaf-Wach-Rhythmus, geringe Irritierbarkeit, eine vorwiegend positive Stimmungslage und eine gute Anpassungsfähigkeit an neue Situationen, Menschen und Veränderungen (Schwartz et al., 1996; Bender & Lösel, 1998, 127). Diese Temperamenteigenschaften lösen bei Bezugspersonen positive Reaktionen aus. Die Kinder der Kauai Studie hatten als Kleinkinder, aber auch später als Erwachsene ein hohes Antriebsniveau, waren ausgeglichen und gesellig. Zudem besaßen sie die Fähigkeit bei Unterstützungsbedarf Hilfe anzufordern (Werner, 2007a, 22).

#### *Soziale Kompetenzen*

Werner (2007a, 22) fand in ihrer Kauai Längsschnittstudie heraus, dass resiliente Kinder beeindruckende Kommunikations- und praktische Problemlösungsfähigkeiten besitzen. Diese Kinder nutzten ihre Talente effektiv und hatten meist ein spezielles Interesse oder Hobby, welches sie zusammen mit einem Freund, einer Freundin ausübten. Erhöhte kommunikative und soziale Kompetenzen können dazu beitragen, dass erfolgreichere oder sozial akzeptablere Bewältigungsformen gefunden werden. Nach Luthar (1993; in Lenz, 2008, 57) können resiliente Kinder eigene Gefühle und soziale Signale differenzierter wahrnehmen und verbalisieren. Zudem richten sie ihr Handeln situationsangemessener aus. Weitere Merkmale von kompetenten Kindern aus Familien mit einem psychisch kranken Elternteil, die aus Studien (Garmezy, 1987 und Bender & Lösel, 1998) ersichtlich wurden, zeigen eine realistischere Einschätzung von sozialen Zusammenhängen und zwischenmenschlichen Beziehungen. Diese Kinder waren humorvoller und konnten persönliche Ziele realistischer einschätzen.

### *Kognitive Kompetenzen*

Bezüglich der Wirkung von Intelligenz kam es in der Forschung zu verschiedenen Ergebnissen. Einerseits wurde Intelligenz als Schutzfaktor hinsichtlich der Entwicklung von externalisierendem Verhalten<sup>14</sup> festgestellt, andererseits ergab sich bei Belastungen eine positive Korrelation zwischen Intelligenz und internalisierenden Störungen<sup>15</sup>. Begründet wird dies im Zusammenhang mit der individuellen Wahrnehmung der Umwelt. So nehmen intelligente Kinder ihre Umwelt differenzierter wahr und können dadurch auf Belastungen sensibler reagieren. Weil intelligente Kinder kognitiv reifer sind, können sie zu internalisierender Problemverarbeitung neigen (vgl. Kapitel 6.3.) (Luthar, 1993; in Lenz & Kuhn, 2011, 280).

Nach Rutter (1990; in Lenz & Kuhn) haben auch gute Schulleistungen einen positiven Einfluss auf die kindliche Entwicklung. Sie stärken das Selbstvertrauen und können negative Erfahrungen in der Familie kompensieren. Gemäss Werner (2007a, 23) zeigen alle Längsschnittstudien, dass Intelligenz und schulische Kompetenzen mit individueller Widerstandsfähigkeit einhergehen. Intelligente Kinder haben eine realistische Einschätzung von stresserzeugenden Lebensereignissen und wenden verschiedene Bewältigungsstrategien flexibel an.

### *Positive Selbstkonzepte*

In Studien von Luthar (1993; in Lenz & Kuhn, 2011, 280-281) zeigen resiliente Kinder ausgeprägt internale Kontrollüberzeugungen. Dabei ist jedoch eine moderat ausgeprägte Kontrollüberzeugung von Bedeutung. Ist diese allzu stark ausgeprägt, kann das bei unkontrollierbaren Ereignissen die Vulnerabilität für emotionale und andere Probleme eher erhöhen (vgl. Kapitel 6.3.).

Positive Zukunftserwartungen gekoppelt mit internalen Kontrollüberzeugungen und eine positive Beziehung zu Bezugspersonen scheinen nach Bender & Lösel (1998; in Kuhn & Lenz, 2011, 281) relativ unabhängig vom Belastungsniveau positive Entwicklungen vorherzusagen.

In der Kauai Studie (Werner, 2007a, 23) zeigte sich, dass ein weiterer schützender Faktor die Fähigkeit zu planen und zu überlegen ist. Die Kinder der Studie waren überzeugt ihr Leben durch ihre eigenen Handlungen beeinflussen zu können. Durch die erfolgreiche Bearbeitung schwieriger Situationen, durch ihre eigenen Kompetenzen oder durch die Unterstützung von ihrem sozialen Umfeld, konnten sie Vertrauen in sich selbst und ihre eigenen Fähigkeiten entwickeln. Lösel et al. (1992; in Lenz & Kuhn, 2011, 281) schreiben

---

<sup>14</sup> Aggressives und dissoziales Verhalten respektive Störungen (Lenz, 2005, 18)

<sup>15</sup> Beispielsweise Ängste und Depressionen (Lenz, 2005, 18)

ebenfalls dem Selbstwertgefühl und der Selbstwirksamkeitsüberzeugung eine grosse Bedeutung zu. Unter Selbstwertgefühl werden alle Urteile einer Person über sich selbst bezeichnet. Die Selbstwirksamkeit ist die Erwartung einer Person in einer bestimmten Situation aufgrund ihrer Fähigkeiten ein bestimmtes Ergebnis oder einen gewünschten Zustand zu erreichen. Durch das Erleben des Selbstwerts und der Selbstwirksamkeit wird dem Gefühl von Hilflosigkeit entgegengewirkt und aktive Anpassungsversuche an die Situation in Gang gesetzt (Bandura, 1986; in Lenz & Kuhn, 2011, 281).

### *Kohärenzgefühl*

Durch ein stark ausgeprägtes Kohärenzgefühl reagieren Menschen flexibel auf Anforderungen und können je nach Belastungssituation spezifische Ressourcen aktivieren. Das Konzept des Kohärenzgefühls wurde als „[...] eine globale Orientierung definiert, die das Mass ausdrückt, in dem man ein durchdringendes, andauerndes aber dynamisches Gefühl des Vertrauens hat, dass die eigene interne und externe Umwelt vorhersagbar ist und dass es eine hohe Wahrscheinlichkeit gibt, dass sich Dinge so entwickeln werden, wie vernünftigerweise erwartet werden kann.“ (Antonovsky, 1997, 16)

Das Kohärenzgefühl setzt sich aus drei zentralen Komponenten zusammen:

- Aus dem Gefühl der Verstehbarkeit. Die Verstehbarkeit bezieht sich auf das Ausmass, in dem interne und externe Stimuli als kognitiv sinnhaft, geordnet, konsistent, strukturiert und als klare Information wahrgenommen werden. Situationen erscheinen in diesem Zusammenhang nicht chaotisch, unerklärlich, willkürlich und zufällig. Personen mit einem ausgeprägten Gefühl der Verstehbarkeit gehen davon aus, dass Stimuli, denen sie in Zukunft begegnen vorhersagbar sind, und falls diese doch überraschend auftreten, eingeordnet und erklärt werden können.
- Aus dem Gefühl der Handhabbarkeit respektive Bewältigbarkeit. Dieses beschreibt inwiefern Ressourcen, die zur Bewältigung zur Verfügung stehen, wahrgenommen werden. Zur Verfügung stehen Ressourcen, die man selbst kontrollieren kann und solche, die von anderen kontrolliert werden. Mit „von anderen kontrollierten Ressourcen“ ist jemand gemeint auf den man zählen kann, dem man vertraut.
- Und aus dem Gefühl der Sinnhaftigkeit beziehungsweise Bedeutsamkeit. Es beschreibt das Ausmass, in dem das Leben als sinnvoll empfunden wird. Ereignisse werden eher als Herausforderung gesehen und als wichtig genug, um emotional in sie zu investieren und sich zu engagieren (Antonovsky, 1997, 34-36).

Das Kohärenzgefühl ist zentral für die erfolgreiche Bewältigung von Belastungssituationen. Ein starkes Kohärenzgefühl ist verbunden mit der Wahrnehmung von belastenden Situationen als Herausforderung und weniger als Bedrohung (vgl. Kapitel 6.1 und 6.2). Es

geht mit dem Vertrauen einher, dass alles gut ausgehen wird. Das Kohärenzgefühl und das damit gekoppelte Vertrauen in die eigene Person, stellt ein Schutzfaktor dar. Eine Person mit einem stark ausgeprägten Kohärenzgefühl ist in allen Phasen des Umgangs mit einem Stressor im Vorteil (Antonovsky, 1997; in Lenz, 2005, 16-23).

### **5.2.2 Familienzentrierte Schutzfaktoren**

Das familiäre Umfeld, indem ein Kind aufwächst ist für die kindliche Entwicklung von grosser Bedeutung und kann einerseits von risikoe erhöhenden Bedingungen geprägt sein andererseits aber auch eine schützende Umgebung darstellen. Die familienzentrierten Schutzfaktoren zeigen auf, inwiefern familiäre Bedingungen das Kind in seiner Entwicklung stärkt und positiv beeinflusst.

#### *Emotionale Bindung an Bezugspersonen*

Als Schutzfaktor auf der Beziehungsebene stellt sich eine emotional sichere und stabile Beziehung zu mindestens einem Elternteil oder einer anderen Bezugsperson dar. Dadurch kann ein Kind ein kontinuierliches und adäquates Fürsorgeverhalten erfahren und durch die sichere Bindung kompetente Bewältigungsstrategien entwickeln (Lenz & Kuhn, 2011, 281-282). Die feste Bindung an eine frühe Bezugsperson ist bei Risikogruppen der wesentliche Schutzfaktor gegen spätere psychische Störungen (Tress et al., 1989; in Lenz & Kuhn, 2011, 282). Untersuchungen von Lösel (1994; in Lenz & Kuhn, 2011, 282) zeigen, dass eine warme, dauerhafte und stützende Beziehung nicht auf die Eltern beschränkt sein muss. So können auch Grosseltern, ältere Geschwister oder Personen ausserhalb der Familie diese Funktion erfüllen. Zentral für das Kind oder den Jugendlichen ist die Vermittlung des Gefühls etwas Besonderes zu sein.

Für ein Kind ist es wichtig zu wissen, an wen es sich in Krisenzeiten wenden kann. Die Gewissheit, dass zum Beispiel trotz eines Klinikaufenthalts eines Elternteils Kontinuität vorhanden ist und im Notfall die Betreuung der Kinder (Essen kochen, zur Schule bringen, zum Sporttraining fahren) geregelt ist, kann ihnen Sicherheit geben und entlastend wirken (Müller, 2008, 149-150).

#### *Merkmale des Erziehungsklimas*

In Familien resilienter Kinder bestehen gemeinsame Aktivitäten und ein warmes, herzliches und emotionales Klima. Für eine psychisch gesunde Entwicklung von Kindern ist eine emotional positive, zugewandte und akzeptierende, aber auch normorientierte, angemessen fordernde und kontrollierende Erziehung fundamental (Baumrind, 1989; in Lenz & Kuhn, 2011, 282). Kinder brauchen einen Alltag mit regelmässigen Schlaf- und Essenszeiten sowie klaren Verhaltensregeln, wie beispielsweise Zähneputzen, Vereinbarungen betreffend Hausaufgaben etc. (Müller, 2008, 149). Wichtig ist zudem, dass die Eltern ihre Elternrolle

wahrnehmen. Das bedeutet, dass Kinder zwar ihren Raum in der Familie haben und deren Bedürfnisse und Interessen wahrgenommen werden, aber Eltern ihre Rolle klar vertreten und es innerfamiliäre Bereiche gibt, bei denen die Kinder nicht mitentscheiden dürfen (Lenz & Kuhn, 2011, 282).

### *Paarbeziehung der Eltern*

Für das Wohlbefinden der Eltern in der Paarbeziehung, die Qualität der Eltern-Kind Beziehung und die Persönlichkeitsentwicklung der Kinder, ist die Qualität der Paarbeziehung grundlegend. Diese zeichnet sich durch Kommunikations-, Konfliktregelungs- und Problemlösungsfertigkeiten der Eltern aus. Das Risiko für Kinder erhöht sich vorwiegend in Familien, in denen Generationengrenzen verletzt, Machtkämpfe ausgetragen und Kinder als Verbündete in das Paarsystem hineingezogen werden. Können die Bedürfnisse der Eltern in einer Partnerschaft nicht befriedigt werden und dienen die Kinder womöglich als Ersatz, so wird auch von Generationengrenzenstörung oder Parentifizierung gesprochen (vgl. Kapitel 3.2.3) (Lenz & Kuhn, 2011, 283).

### *Familienstrukturen*

Die Beziehungsmuster im Familiensystem gehören zu den bedeutendsten Faktoren, wenn es um die Resilienz der Kinder geht. Nach Olson et al. (1983; in Lenz & Kuhn, 2011, 283-284) ist dabei die Kommunikation zentral. Grundlage für einen positiven Kommunikationsstil ist das Senden von klaren und kongruenten Botschaften, Empathie und unterstützenden Aussagen sowie effizienten Problemlösungsmöglichkeiten. Für Olson ist Kohäsion und Adaptabilität zentral. Mit Kohäsion ist der Zusammenhalt, die emotionale Bindung, die bei den Familienmitgliedern untereinander besteht, gemeint. Das Gefühl, die Herausforderungen, die eine psychische Erkrankung an die Familie stellt, durch gegenseitige Unterstützung zusammen bewältigen zu können, kann das Verbundenheitsgefühl in der Familie stark fördern. Adaptabilität ist die Fähigkeit eines Familiensystems, seine Machtstrukturen, Rollenbeziehungen und Beziehungsregeln situativ anzupassen. Konkret bedeutet das, dass sich die Familie nach einer Krise, insbesondere nach dem erstmaligen Auftreten einer psychischen Erkrankung, an die neuen Bedingungen anpassen muss und nicht einfach weitermachen kann wie bisher. Dies kann durch die Neudefinition familiärer Rollen und Aufgaben geschehen. Erkrankt beispielsweise der Vater und kann dadurch nicht mehr arbeiten, dann muss in Zukunft möglicherweise die Mutter für das finanzielle Auskommen sorgen. Neben diesen Anpassungen braucht eine Familie aber auch Kontinuität und Stabilität. Für ein Familiensystem sind sowohl Veränderung als auch Stabilität notwendig. Zu viel Veränderung, die zum Chaos führen kann und zu wenig Veränderung, die

Rigidität nach sich zieht, sind für ein Familiensystem dysfunktional. Die Kommunikation erleichtert den Umgang in der Familie (Müller, 2008, 147-148).

### **5.2.3 Soziale Schutzfaktoren**

Für die Resilienz von Kindern ist die Verfügbar- und Mobilisierbarkeit von sozialer Unterstützung durch Familienmitglieder, Verwandte, Lehrer, Erzieher, Freunde und Schulkameraden wesentlich. Soziale Unterstützung mildert belastende Lebensereignisse und wirkt als Puffer in Krisensituationen. So dient sie als Schutz gegenüber Herausforderungen, Spannungszuständen und Stressoren. Weiter wirkt sich die Integration in ein System sozialer Beziehungen direkt auf das Wohlbefinden aus. Das Bedürfnis nach Zugehörigkeit, Geborgenheit und sozialer Verortung wird befriedigt und dadurch kann das Leben einen Sinn erhalten. Für Kinder sind die Beziehungen in der Familie zentral, die weiter durch Kontakte zu Peers und aussenstehenden Erwachsenen ergänzt werden. Die Beziehungsgeflechte von Kindern sind heterogen und altersgemischt. Peerbeziehungen haben aber auf jeder Stufe der Entwicklung der Kinder eine zentrale Bedeutung, sie können auf der gleichberechtigten Ebene stattfinden oder auch als asymmetrische Interaktion mit Älteren. Gemeinsame Aktivitäten können geteilt werden, und der Umgang mit Peers dient zum Erwerb von sozialen Kompetenzen und die Peers üben eine wertvolle Unterstützungs- und Hilfefunktion aus. Zudem werden häufig ältere Peers als Vorbilder herangezogen. Diese vielfältigen Unterstützungsmöglichkeiten können auch bei innerfamiliären Konflikten zum Tragen kommen. Kinder können dadurch Ängste und Empfindungen in Bezug auf ihre Probleme besprechen und Bewältigungsmöglichkeiten erlernen (Berger, 1996, Schmidt-Denter, 1988, Lewis et al., 1984; in Lenz & Kuhn, 2011, 284-285).

### **5.2.4 Zusammenspiel der Schutzfaktoren im Kind und seiner Umwelt**

Werner (2007a, 25-26) fand in ihrer Kauai Studie heraus, dass widerstandsfähige Kinder ihre individuellen Dispositionen dazu nutzten, eine Umwelt auszuwählen, die ihnen Schutz gibt und ihre Fähigkeiten sowie das Selbstbewusstsein stärkt. So verliessen beispielsweise viele Kinder das negative Milieu ihrer Familie und wählten für sich eine Umwelt aus, die ihren Lebensvorstellungen und Fähigkeiten besser entsprach. Ihr Lebensweg war nicht immer gradlinig, aber stets aufwärtsgerichtet und mit einer zuversichtlichen Lebensperspektive.

Auf den verschiedenen Stufen der Entwicklung haben die Schutzfaktoren unterschiedlichen Einfluss auf die Anpassungsfähigkeit der Kinder. Gesundheitszustand und Temperamenteigenschaften haben den grössten Einfluss in der Säuglingszeit und im Kleinkindalter, während in der Schulzeit die Kommunikations- und Problemlösungsfähigkeit zentral sind. Ebenfalls wichtig in dieser Zeit ist die Verfügbarkeit von kompetenten Bezugspersonen oder Lehrern. In der Adoleszenz sind interne Kontrollüberzeugungen und das Vorhandensein von Zielen wichtige Schutzfaktoren. Für Jungen war die soziale

Verbindung in der Familie und in der Gemeinde für eine erfolgreiche Lebensbewältigung im Kindes- und Jugendalter von Bedeutung. Im Erwachsenenalter war für die Frauen das Vorhandensein von engen Freunden, Leistungsfähigkeit, Selbstvertrauen und ein starker Glaube oder Lebenssinn wichtig und dienten als Schutzfaktoren.

Abschliessend kann festgehalten werden, dass protektive Faktoren im Kind stark die Interaktion mit seiner Umwelt beeinflussen. So wird beispielsweise eine positive Verbindung von einem ausgeglichenen, gutmütigen Temperament eines Kindes und der Unterstützung, die es von Pflegepersonen erhält, gemacht. Später in der Schulzeit erhalten diese Kinder ebenfalls mehr Unterstützung durch Erwachsene in und ausserhalb der Familie. Eine höhere Intelligenz ist ebenso mit einer positiven Unterstützung von Lehrern und Freunden in der Jugendzeit verknüpft und hat ein grösseres Selbstwertgefühl im Erwachsenenalter zur Folge.

### **5.2.5 Spezielle Schutzfaktoren für Kinder psychisch kranker Eltern**

Die Resilienzforschung geht der Frage nach, ob es neben den eben behandelten generellen Schutzfaktoren auch spezifische Schutzfaktoren zum Beispiel für Kinder psychisch kranker Eltern gibt. Beardslee und Podorefky (1988; in Lenz & Kuhn, 2011, 287) haben sich mit dieser spezifischen Thematik befasst, indem sie aus einer grösseren Stichprobe 18 resiliente jugendliche Kinder gezielt zu deren Wahrnehmung und kognitiven Verarbeitung der elterlichen Depression befragten. Die Jugendlichen beschrieben sich als schulisch und sozial aktive Personen, die enge und vertrauensvolle Beziehungen in und ausserhalb der Familie besaßen. Sie zeigten eine realistische Einschätzung der eigenen Möglichkeiten und Kompetenzen und eine angemessene kognitive Bewertung der Erkrankung. Dies zeigt, wie bereits erwähnt, die wichtige Funktion positiver Beziehungen in und ausserhalb der Familie für Kinder psychisch kranker Eltern.

Gemäss Lenz (2008, 61-63) weisen qualitative Studien darauf hin, dass eine altersentsprechende und entwicklungsadäquate Informationsvermittlung und Aufklärung über die Erkrankung der Eltern sowie die Art und Weise des Umgang mit der Erkrankung in der Familie eine spezifische Schutzwirkung für Kinder psychisch kranker Eltern darstellt.

Bei der Informationsvermittlung und Aufklärung über die Erkrankung geht es aber nicht um reine Wissensvermittlung betreffend des Krankheitsbildes, der Medikation oder der Behandlung. Viel wichtiger ist, die Bedürfnisse der Kinder wahrzunehmen und konkret an deren Fragen, inneren Bildern und Erklärungsmustern anzusetzen, um damit die Kinder im alltäglichen Umgang mit den Belastungssituationen zu befähigen. Das Ziel der Informationsvermittlung sollte sein, neue Wege und Handlungsspielräume aufzuzeigen, sowie Hoffnung, Mut und positive Zukunftserwartungen zu fördern. Die Gefühle der Beeinflussbarkeit, der Kontrolle und der Selbstwirksamkeit sollen dabei entdeckt und verfügbar gemacht werden. Durch die Aufklärung, Informations- und Wissensvermittlung werden Kinder – im Sinne des Empowerments – befähigt als handelndes Subjekt Stärke,



Energie und Fantasie für die Gestaltung eigener Lebensperspektiven zu entwickeln. Denn erst durch ausreichend vorhandenes Wissen sind sie in der Lage, diese Stärken zur Entfaltung zu bringen.

Ein weiterer spezifischer Schutzfaktor für Kinder psychisch kranker Eltern ist eine adäquate individuelle und familiäre Krankheitsbewältigung. Das beinhaltet ein aktiver und offener Umgang mit der Krankheit in der Familie, das Hinzuziehen von informellen Hilfsmöglichkeiten und die Zusammenarbeit mit psychiatrisch-psychotherapeutischen Fachkräften zum Beispiel bezüglich der Kooperation bei der Medikation oder präventiven Massnahmen zur Rückfallverhinderung. Mattejat et al. (2000; in Lenz, 2008, 62-63) beschreiben eine ausbalancierte Haltung zwischen den Polen der Verleugnung und Überbewertung sowie der Über- und Unterforderung als hilfreich. Konkret heisst das, die Krankheit zu akzeptieren, ohne eine fatalistische Haltung einzunehmen und eine aktive Auseinandersetzung mit der Erkrankung und den damit verbundenen Konsequenzen zu haben, ohne in eine Überforderungssituation zu gelangen.

### **5.2.6 Resilienz**

Resilienz beschreibt einen Prozess positiver Anpassung an schwierige Belastungssituationen. Resilienten Kindern gelingt es relativ unbeschadet mit den Folgen von herausfordernden und belastenden Lebensumständen umzugehen und diesbezüglich entsprechende Bewältigungskompetenzen zu entwickeln. Unter Resilienz kann auch eine erworbene psychische Robustheit verstanden werden (Lenz & Kuhn, 2011, 273-275). Für die Resilienz von Bedeutung ist das Zusammenwirken von Risiko- und Schutzfaktoren. Nach Schneider und Pickartz (2004, in Lenz & Kuhn, 2004, 273) kann Resilienz auch als die Fähigkeit verstanden werden, kindbezogene, familiäre und soziale Schutzfaktoren als Puffereffekte gegenüber Belastungssituationen einsetzen zu können. Bei fehlender Resilienz können sich risikoe erhöhende Faktoren in ihrer Wirkung ganz entfalten, sind dagegen protektive Faktoren vorhanden, werden entwicklungshemmende Einflüsse gemindert.

Für die Resilienz bedeutsam ist die Kumulation von Schutzfaktoren. Je mehr Belastungen und Risiken vorliegen, desto mehr Ressourcen sind auf der protektiven Seite erforderlich (Lösel et al., 1992; in Bender & Lösel, 2007, 63).

Rutter (2000; in Werner, 2007b, 311) fügt weiter an, dass durch die Widerstandskraft gegenüber Belastungen in der Lebenswelt, Stress und Risiken zwar nicht aufgelöst werden, die Kinder jedoch lernen, mit diesen Situationen umzugehen und entsprechende Strategien und Kompetenzen zu entwickeln.

Nach heutigem Forschungsstand gilt Resilienz nicht als die absolute Unverwundbarkeit gegenüber negativen Lebensereignissen und psychischen Störungen. Heute gehen Forscher davon aus, dass Resilienz in der Entwicklung einer Person variieren kann (Rutter, 2000; Waller, 2001; in Wustmann, 2004, 30). Kinder können somit zu einem bestimmten Zeitpunkt

in ihrem Leben resilient, zu einem späteren Zeitpunkt aber (unter anderen Risikoeinflüssen) verletzlicher sein (Wustmann, 2004, 30).

Durch die Erkenntnis, dass Resilienz sich verändert und nicht universell gültig ist und als gegeben angeschaut werden kann, hat die Prävention an Bedeutung gewonnen. Das Augenmerk richtet sich nun auf die Förderung von Bewältigungskapazitäten und auf die Anleitung zu ihrer Nutzung. Diese Sichtweise ist insofern wichtig, weil sich Risikofaktoren häufig nicht einfach beseitigen lassen und es darum geht, die Kinder in ihrer Situation zu stärken (Opp & Fingerle, 2007, 15-16). Im Bereich der Prävention ist deshalb in den letzten Jahren ein wachsendes Interesse am Resilienzkonzept festzustellen (Gabriel, 2005, Wustmann, 2005; in Opp & Fingerle, 2007, 16).

Wichtig ist die Umsetzung der in der Resilienzforschung gewonnenen Erkenntnissen in praktische Massnahmen. Beispielsweise indem protektive Faktoren in der Familie, in der Schule und in anderen sozialen Kontexten gestärkt werden und zudem direkt an den sozialen Kompetenzen und Ressourcen der Kinder angesetzt wird, um sie gezielt zu stärken (Bender und Lösel, 2007, 72).

### *Zusammenfassung*

Kinder psychisch kranker Eltern sind durch die erschwerten psychosozialen Bedingungen in ihrem Leben erhöhten Entwicklungsrisiken ausgesetzt. Jedoch erkranken trotz diesen vielfältigen Belastungen die meisten Kinder selber nicht. Entscheidend ist das Vorhandensein von Schutzfaktoren, die für die kindliche Entwicklung Ressourcen darstellen. Je mehr Risiken vorliegen, desto mehr Ressourcen sind auf der protektiven Seite erforderlich. Gerade den familiären Schutzfaktoren, wie familiärer Zusammenhalt, gute Beziehungsqualität der Eltern wie auch dem innerfamiliären Umgang mit der Erkrankung, wird insbesondere auch im Bezug auf spezifische Schutzfaktoren eine grosse Bedeutung zugemessen. Aber auch die personalen Schutzfaktoren im Kind, wie ein positives Selbstkonzept, ein starkes Kohärenzgefühl, wie kognitive und soziale Kompetenzen, sind von grosser Wichtigkeit. So gelingt es Kindern, die durch das positive Selbstkonzept über eine moderate innere Kontrollüberzeugung verfügen, und überzeugt sind ihr Leben und ihre Handlungen beeinflussen zu können, eher angemessene Bewältigungsstrategien für den Umgang mit der elterlichen Erkrankung einzusetzen.

## **6 Bewältigungsprozesse von Kindern psychisch kranker Eltern**

Das Aufwachsen in einer Familie mit einem psychisch kranken Elternteil ist für die Kinder meist ein einschneidendes, zeitlich andauerndes und belastendes Ereignis. Eine psychische Erkrankung der Eltern stellt ein kritisches Lebensereignis<sup>16</sup> dar, was für die Kinder mit einer Zunahme an Konflikten, Spannungen und Anforderungen zu deren Bewältigung einhergeht. Zusätzlich ist ein Kind auch weiteren alltäglichen Belastungen ausgesetzt und hat Entwicklungsaufgaben zu bewältigen. Durch das wechselseitige Zusammenwirken dieser Belastungssituationen kann es zu Überforderungen kommen, die chronischen Stresscharakter aufweisen können. Wenn mehrere Stressoren verschiedener Qualität zusammentreffen ist die Gefährdung der Überforderung besonders gross. Bezogen auf ein Kind psychisch kranker Eltern könnte das bedeuten, dass eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Mutter vielleicht noch verkraftbar ist, wenn jedoch zusätzlich alltägliche Mikrostressoren wie ein Streit mit einem Klassenkameraden oder Probleme in der Schule dazukommen, können diese zusätzlichen Belastungen zu Stresssymptomen führen. Ob jedoch in Belastungssituationen Stress entsteht, der das Risiko für die Entwicklung von gesundheitlichen Beschwerden, psychischen Auffälligkeiten und Verhaltensauffälligkeiten erhöht, hängt vor allem von den subjektiven Wahrnehmungen und Bewertungen der potenziellen Stressoren ab (Lenz, 2008, 40-46). Das transaktionale Stressmodell von Lazarus zeigt die unterschiedlichen Umgangsformen mit Belastungssituationen auf und wird im nächsten Kapitel näher erläutert. Dieses Modell gilt als Kernkonzept. Weitere vorhandene Stresserklärungsmodelle lassen sich meist auf Lazarus und seine Mitarbeitenden zurückführen und werden jeweils in bestimmten Bereichen ausdifferenziert oder angepasst (Schröder, 2002; in Beyer & Lohaus, 2007, 23).

### **6.1 Transaktionales Stressmodell**

Beurteilt nach dem heutigen Forschungsstand scheint das transaktionale Stressmodell von Lazarus geeignet, um den Stressverarbeitungsprozess von Kindern zu beschreiben. Es wurden aber noch keine umfassenden, kontrollierten Validierungen des transaktionalen Stressmodells von Lazarus für das Kindesalter durchgeführt (Lenz, 2008, 42).

Der Begriff Transaktion bezieht sich auf die wechselseitige Person-Umwelt-Interaktion, in der sowohl die Person aktiv handelnd auf die Anforderungen der Umwelt einwirkt als auch die Umwelt auf das Verhalten der Person. Die Person mit ihrer spezifischen Interpretation

---

<sup>16</sup> Kritische Lebensereignisse werden von Perrez et al. (1998, in Lenz, 2008, 43) als bedeutungsvolle Ereignisse beschrieben, die weitere Belastungsepisoden nach sich ziehen und sich im Alltag der betroffenen Person manifestieren. Kritische Lebensereignisse geben das Belastungsthema (hier psychische Erkrankung der Eltern) vor, das sich durch einzelne Belastungsereignisse über eine mittlere oder längere Zeitdauer zusammensetzt. Unter Kapitel 3.2. sind diese Belastungsmomente im Alltag der Kinder aufgeführt.

(Bewertung) der Situation und ihren Fähigkeiten diese zu meistern (Bewältigung), wirkt auf die Umwelt ein und verändert sie. Dadurch trägt die Person aktiv zum Stress- und Bewältigungsgeschehen bei. Die Unterschiede im individuellen Stresserleben ergeben sich aus den unterschiedlichen Bewertungen einer Situation und den vorhandenen Bewältigungsressourcen (Beyer & Lohaus, 2007, 21). Die Auseinandersetzung mit Stress entspricht einem dynamischen Anpassungsprozess (Hampel & Petermann, 1998, 2). Der Begriff „[...] Stress bezieht sich auf eine Beziehung mit der Umwelt, die vom Individuum im Hinblick auf sein Wohlergehen als bedeutsam bewertet wird, aber zugleich Anforderungen an das Individuum stellt, die dessen Bewältigungsmöglichkeiten beanspruchen oder überfordern.“ (Lazarus & Folkman, 1986, zit. nach Hampel & Petermann, 1998, 2)

Das transaktionale Stressmodell wird anhand der Abbildung 2 nachfolgend erklärt.

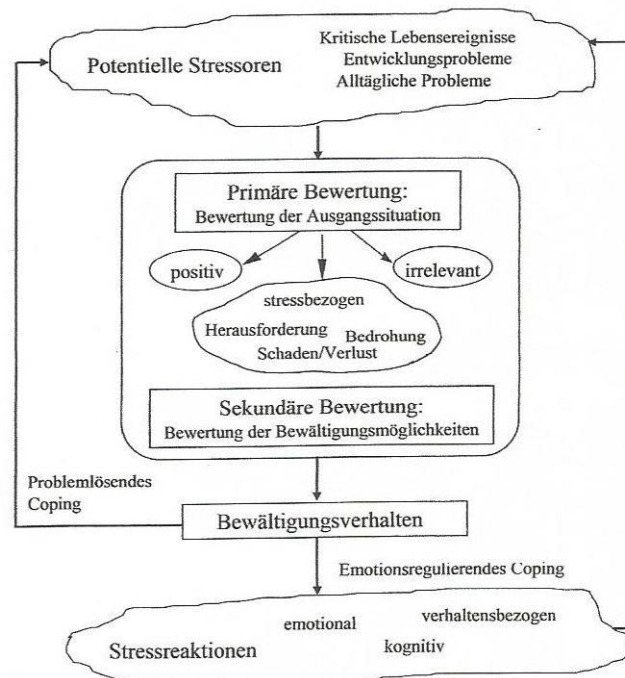


Abbildung 2: Zusammenfassende Darstellung des transaktionalen Stressmodells (aus Beyer & Lohaus, 2007, 22)

Das transaktionale Stressmodell, das die Arbeitsgruppe um Lazarus entwickelt hat, fokussiert die subjektiven Bewertungs- und Verarbeitungsprozesse als Reaktion auf bestimmte Bedingungen. Darunter wird die Auseinandersetzung des Subjekts mit belastenden Situationen verstanden. Die subjektive Wahrnehmung und Bewertung einer Situation hängt von kognitiven Prozessen ab. Stress liegt nach diesem Bewertungsschema dann vor, wenn die Ressourcen und die Anpassungsfähigkeit eines Individuums für die gestellten Anforderungen nicht ausreichen (Petermann, Niebank & Scheithauer, 2004, 341).

Dabei wird zwischen der primären und der sekundären Bewertung unterschieden. Diese Bewertungsprozesse erfolgen nicht unbedingt zeitlich aufeinander, es kann eine wechselseitige Beeinflussung stattfinden (Hampel & Petermann, 1998, 4). Beim Eintreten eines potentiellen Stressors beurteilt das Individuum bei der primären Bewertung dessen Bedeutung für das eigene Wohlbefinden. Wird das Ereignis als irrelevant oder positiv bewertet, findet kein Anpassungsverhalten statt, da diese beiden Bewertungen mit angenehmen Gefühlen einhergehen. Für das Wohlbefinden ist hauptsächlich die Zuordnung zur Kategorie „stressreich“ von Bedeutung. Mittels der sekundären Bewertung wird vom Individuum eingeschätzt, ob es über Bewältigungspotentiale und Ressourcen verfügt, um der stressreichen Situation zu begegnen (Beyer & Lohaus, 2007, 22). Ist dies der Fall, können die Anforderungen als Herausforderung bewertet werden. Reichen hingegen die Bewältigungspotentiale im subjektiven Erleben des Individuums nicht aus, können die Anforderungen als Bedrohung oder Schaden/Verlust erlebt werden (Petermann, Niebank & Scheithauer, 2004, 341). Der Schaden/Verlust bezieht sich auf eine bereits eingetretene oder aktuelle Beeinträchtigung oder Störung des Wohlbefindens. Gefühle wie Trauer oder Ärger treten auf. Die Bedrohung oder Herausforderung ist zukunftsorientiert. Bei der Bedrohung wird eine Schädigung erwartet und löst Angstgefühle aus. Bei der Herausforderung scheint eine erfolgreiche Bewältigung der stressreichen Situation möglich zu sein und ist mit emotionalen Mischzuständen verbunden (Beyer & Lohaus, 2007, 21-22). Aus diesen kognitiven Einschätzungen erfolgt die stressbezogene Auseinandersetzung mit den konkreten Bewältigungsstrategien, die auch Copingstrategien genannt werden. Bewältigung und Coping sind synonym verwendbar.

## **6.2 Copingstrategien nach Lazarus**

Unter Coping verstehen Lazarus und Launier (1981, nach Wustmann, 2004, 76):

„[...] die Summe aller problemlösenden Anstrengungen einer Person, die sich in einer bedeutsamen, gleichwohl ihre individuellen Anpassungskapazitäten überfordernden Lage befindet“.

Lazarus und Folkman (1984) unterscheiden zwischen zwei Copingstrategien. Einerseits Copingstrategien mit instrumenteller beziehungsweise problemlösender Funktion und andererseits solche mit palliativer beziehungsweise emotionsorientierter Funktion (Lenz & Kuhn, 2011, 289-291).

Beim problemzentrierten Coping besteht das Ziel in der Kontrolle und Veränderung der stressauslösenden Situation also in der Lösung des Problems. Das geschieht indem die Umwelt verändert wird oder sich die Person an die Umwelt anpasst. Das problemzentrierte Coping ist für die Bewältigung von kontrollierbaren Stressoren geeignet (Wustmann, 2004, 77-78).

Bei dem emotionszentrierten Coping geht es um die Verringerung des durch das Problem verursachten Unbehagens, um die Kontrolle und Regulation der negativen psychischen und physischen Wirkungen, die durch das Stresserleben resultieren. Es zielt also nicht auf die Veränderung der stressreichen Situation ab. Der emotionszentrierte Ansatz ist für unkontrollierbare Situationen geeignet und bezieht sich vor allem auf den Schutz des Selbst beispielsweise durch Vermeidung, Ablenkung oder Entspannung (Zimbardo & Gerrig, 1996, 383-386).

Diese Klassifikation von Lazarus und Folkman hat die weiteste Verbreitung gefunden (Lenz & Kuhn, 2011, 289). Bestimmte Copingstrategien können nicht als günstig und andere als ungünstig bezeichnet werden. Entscheidender ist es, die verschiedenen Copingstrategien situativ flexibel anzuwenden. Dazu soll die Copingstrategie an die bestimmten Merkmale der Belastungssituation angepasst werden (Seiffge-Krenke & von Irmer, 2007; in Lenz & Kuhn, 2011, 290). Als zentrale Kriterien gelten, wie bereits erwähnt, die Kontrollierbarkeit der Situation (Lenz & Kuhn, 2011, 290) oder auch die Kontrollüberzeugungen einer Person (Hampel & Petermann, 1998, 4).

Eine stressreiche Auseinandersetzung ist beendet, wenn die Ressourcen die Anforderungen, die an das Individuum gestellt werden, übertreffen. Diese Bewertung unterliegt einem stetigen Rückkoppelungsprozess und es werden Neubewertungen der Situation aufgrund neuer Informationen vorgenommen (Hampel & Petermann, 1998, 4).

### **6.3 Copingstrategien von Kindern psychisch kranker Eltern**

Grundsätzlich steht Kindern im Vergleich zu Erwachsenen eine begrenztere Auswahl an Bewältigungsstrategien zur Verfügung. Welche Bewältigungsstrategie zu welchem Zeitpunkt zum Tragen kommt hängt vom Alter und Entwicklungsverlauf des Kindes ab (Lenz & Kuhn, 2011, 289-291). Ergebnisse dazu lieferten Studien von Compas et al. (1991 und 2001; in Lenz & Kuhn, 2011, 291-295). Einschränkend muss angemerkt werden, dass bei diesen Studien der Fokus nicht bei Kindern psychisch kranker Eltern lag, sondern der Umgang von Kindern mit den alltäglichen Problemen und Anforderungen untersucht wurde. Diese Studien haben aufgezeigt, dass Kinder mit steigendem Alter häufiger emotionsorientierte Bewältigungsstrategien anwenden, wobei dies im mittleren Jugendalter seinen Höhepunkt erreicht. Begründet wird der Anstieg von emotionszentrierten Bewältigungsstrategien durch die altersbedingte, bewusstere Wahrnehmung emotionaler Zustände. Kinder lernen in ihrer Entwicklung immer besser ihre emotionalen Zustände wahrzunehmen und zu regulieren. Da ab dem mittleren Jugendalter Bewältigungsstrategien situativ flexibler angewendet werden können, und die Verfügbarkeit von kognitiv-sozialen Fähigkeiten ansteigt, nimmt die emotionszentrierte Bewältigung von Anforderungen und Problemen ab. Mit zunehmendem Alter steigt in kontrollierbaren Situationen der Einsatz von problemorientiertem

Bewältigungsverhalten, während in Situationen, die weniger kontrolliert werden können, die problemorientierte Bewältigung seltener eingesetzt wird.

Die Verfügbarkeit angemessener Copingstrategien und die Entwicklung des Copingverhaltens grundsätzlich werden stark durch das elterliche Verhalten beeinflusst (Spangler & Zimmermann, 1999; in Lenz & Kuhn, 2011, 292). Kindern, die über eine sichere Bindungsrepräsentation verfügen, fällt es leichter in Belastungssituationen angemessene Copingstrategien anzuwenden, eine Situation auf der Handlungsebene in Angriff zu nehmen und soziale Unterstützung in Anspruch zu nehmen. Zudem gelingt es diesen Kindern die Situation realistischer einzuschätzen, sie sind flexibler und können die gemachten Erfahrungen in ihr Bewältigungsrepertoire integrieren. Im Gegensatz dazu haben Kinder mit unsicheren Bindungsrepräsentationen eine geringe Aktiviertheit mit unflexiblen Handlungsweisen oder eine zu starke Aktiviertheit mit wenig Realitätsbezug. Es gelingt ihnen dabei nicht, die gemachten Erfahrungen zu integrieren. Kinder mit einer unsicheren-vermeidenden Bindungsrepräsentation neigen in Belastungssituationen eher zu problemmeidendem, emotional beschwichtigendem Copingverhalten. Diese Befunde zeigen, wie wichtig familiäre Schutzfaktoren für Kinder psychisch kranker Eltern sind. Copingstrategien stehen also im Zusammenhang mit den Bindungserfahrungen, die eine Person macht (vgl. Kapitel 4.1.1). Die Bindungstheorie bietet eine Möglichkeit, um Unterschiede im Umgang mit Belastungssituationen erklären zu können (Lenz & Kuhn, 2011, 293).

Wie ein Kind oder eine Familie konkret mit den Anforderungen und Belastungen, die eine psychische Erkrankung der Eltern mit sich bringt, umgeht, ist wenig bekannt. Diesbezüglich steht die Bewältigungsforschung erst am Anfang (Lenz & Kuhn, 2011, 289).

Gemäss Bender & Lösel, (1998) und Seiffge-Krenke (1996) (zit. nach Lenz, 2005, 19) zeigen resiliente Kinder und Jugendliche folgendes Bewältigungsverhalten in Belastungssituationen:

- aktive, problemorientierte Strategien
- direkte Auseinandersetzung mit den Problemen, wenig Neigung zu Verleugnung oder Verzerrung von Realitäten
- Fähigkeit zwischen verschiedenen Bewältigungsstrategien wählen und diese je nach Ziel, emotionaler Belastung oder vorhandener Unterstützung flexibel einsetzen zu können
- Fähigkeit, ein hilfreiches soziales Netzwerk aufzubauen und dieses zur eigenen Unterstützung heranzuziehen

Beardslee und Podorefsky (1988; in Lenz, 2005, 20) haben sich spezifisch mit der Resilienz von Jugendlichen mit einem an einer affektiven Psychose erkrankten Elternteil beschäftigt. Diese Jugendlichen schätzten ihre eigenen Möglichkeiten und Kompetenzen realistisch ein

und zeigten kongruentes Verhalten. Gegenüber der Erkrankung der Eltern und den damit zusammenhängenden familiären Stressoren konnten sie eine genaue und adäquate kognitive Bewertung vornehmen. Zudem war es für diese Jugendlichen wichtig, vertrauensvolle und enge Beziehungen innerhalb und ausserhalb der Familie zu haben.

Werner (1999; in Lenz, 2005, 20) untersuchte in ihrer Studie widerstandsfähige Kinder, die in einem schwierigen familiären Kontext aufwuchsen. Diese Kinder verfügten über eine realistische und positiv lösungsorientierte Wahrnehmung der Belastungssituation. Ihre internale Kontrollüberzeugung war stark ausgeprägt und dementsprechend glaubten sie an eine positive Beeinflussung ihrer Lebensbedingungen durch ihr eigenes Handeln. Das Problemlöseverhalten der untersuchten Kinder war aktiv und nicht nur reaktiv. Zudem besaßen sie gute soziale und kommunikative Fertigkeiten und verfügten über die Fähigkeit soziale Unterstützung für sich zu mobilisieren und anzunehmen.

Erste Ergebnisse einer umfangreichen Studie bezüglich dem Copingverhalten von Kindern schizophrener erkrankter Eltern in Deutschland zeigen, dass es folgende drei Gruppen von Bewältigungstypen bei diesem spezifischen Krankheitsbild gibt (Jungbauer, 2010, 19; Lenz, Kuhn und Jungbauer, 2011, 305-313):

- Typ 1 / Aggressive Bewältigung: Hauptsächlich findet die Verarbeitung der Belastungen in Form von aggressivem Verhalten statt. Es besteht eine geringe Situationskontrolle wie auch geringe Möglichkeit der Ablenkung. Die Kinder verfügen über wenige oder keine kognitiv-emotionalen Strategien um Stressbelastungen zu verringern. Soziale Unterstützung in Form von Gesprächen, Hilfe und Trost wird wenig gesucht.
- Typ 2 / Kontrollierende Bewältigung: Diese Kinder versuchen die Situation zu kontrollieren, Verantwortung zu übernehmen und praktische Lösungen zu finden. Es scheint, als gelinge es diesen Kindern gut, die Situation zu meistern, jedoch führt es grundlegend zu einer Überforderung. Diese Kinder neigen auch in Situationen, in denen sie Verantwortung abgeben und sich auf Strategien wie Vermeidung, Ablenkung und Annahme sozialer Unterstützung zurückziehen sollten, zu einem überhöhten problemlösenden Verhalten. Auf dieser Ebene sind ihre Copingstrategien überdurchschnittlich stark ausgeprägt. Es fällt ihnen schwer loszulassen, sich abzugrenzen und Ablenkung zu finden.
- Typ 3 / Moderate Bewältigung: Bei dieser Gruppe besteht ein unauffälliges und flexibles Muster der Stressbewältigung. Die Kinder wenden vor allem kognitiv-emotionale Strategien an, wie Bagatellisierung/Normalisierung und Ablenkung/Entspannung. Moderat ausgeprägt im Vergleich zu den anderen zwei



Bewältigungstypen sind Aggressionsäusserungen, Situationskontrolle und das Bedürfnis nach sozialer Unterstützung.

Kinder schizophrener erkrankter Eltern erleben häufig unkontrollierbare Situationen und sind, durch die Wesensveränderung der Eltern, einer instabilen, zum Teil auch unberechenbaren Alltagssituationen ausgesetzt. Bei ihnen sollten deshalb emotionsregulierende Bewältigungsstrategien, Problemmeidung und die soziale Unterstützung gefördert werden. Kinder schizophrener erkrankter Eltern erleben auf der Ebene der Ablenkung und Erholung eine niedrigere Ausprägung als dies in der Normalbevölkerung der Fall ist. Ebenso zeigen sie ein überdurchschnittlich hohes soziales Unterstützungsbedürfnis (Hampel et al., 2001; in Kuhn, Lenz & Jungbauer, 2011, 299-304).

Bezogen auf die drei Bewältigungstypen wurde in der Studie festgestellt, dass es einen Zusammenhang zwischen ungünstiger Stressbewältigung und psychischen Auffälligkeiten bei den Kindern schizophrener erkrankter Eltern gibt. Bei Kindern, die moderates, unauffälliges Bewältigungsverhalten ohne über- oder unterdurchschnittliche Ausprägung auf den einzelnen Dimensionen anwenden, finden sich fast keine psychische Auffälligkeiten. Im Gegensatz dazu zeigen Kinder mit dem Bewältigungstyp 1 und Bewältigungstyp 2 psychische Auffälligkeiten. Beim Typ 1 finden sich vorwiegend externalisierende Störungen, wobei bei Kindern, die verantwortungs- und problemorientiert Stress bewältigen eher Störungen internalisierender Art vorliegen. Besonders belastet waren Kinder, die mit einem alleinerziehenden Elternteil aufwuchsen und zusätzlich ungünstige Copingstile anwendeten (Kuhn, Lenz und Jungbauer, 2011, 305-313).

Kinder, die unterschiedliche Bewältigungsstrategien je nach Kontrollierbarkeit der Situation anwenden, gelingt eine Anpassung an die Umstände, die eine schizophrene Erkrankung eines Elternteils mit sich bringt, besser (Lenz, Kuhn & Jungbauer, 2011, 299-313; Lenz & Kuhn, 2011, 291).

### *Zusammenfassung*

Der Umgang mit stressreichen Situationen ist individuell unterschiedlich. Inwiefern in belasteten Situationen Stress entsteht, hängt von der subjektiven Bewertung der Situation und den vorhandenen Bewältigungsressourcen ab. Hauptsächlich wird zwischen problemzentriertem und emotionszentriertem Bewältigungsverhalten unterschieden, wobei sich ersteres für kontrollierbare Situationen und das zweite für nicht kontrollierbare Situationen eignet, in denen durch Ablenkung oder Entspannung Stress abgebaut werden sollte. Kindern stehen im Gegensatz zu den Erwachsenen grundsätzlich weniger Möglichkeiten der Belastungsbewältigung zur Verfügung. Zentral ist, bestimmte Bewältigungsstrategien situativ flexibel anzuwenden und über ein erweitertes Repertoire von Strategien zu verfügen. Ab dem mittleren Jugendalter gelingt es Kindern,

Bewältigungsstrategien situativ flexibler anzuwenden. Diese Flexibilität zeichnet widerstandsfähige Kinder aus, und sie wählen häufig eine problemorientierte, aktive Strategie. Zudem zeigen sie wenig Neigung zur Verzerrung oder Verleugnung der Realität und können für sich soziale Unterstützung mobilisieren. Sie verfügen also auch über soziale Schutzfaktoren. Die Entwicklung angemessener Copingstrategien wird durch das elterliche Verhalten beeinflusst und steht in engem Zusammenhang zu den gemachten Bindungserfahrungen.

## **7 Schlussfolgerungen aus der Theorie**

Anhand von verschiedenen empirischen Studien lässt sich festhalten, dass Kinder mit psychisch kranken Eltern in ihrem Alltag zusätzliche Belastungen erleben. Die Form, die Dauer und die Intensität der Erkrankung sowie der Umgang mit der Thematik innerhalb der Familie werden als wesentliche Faktoren für das Ausmass der Belastung erachtet. Zudem wirkt sich das Vorhandensein von familiären, sozialen und ökonomischen Ressourcen und ausserfamiliären Netzwerken positiv auf den Alltag aus. Die gesellschaftlichen Stigmatisierungstendenzen erschweren den Eltern den offenen Umgang mit psychischen Erkrankungen und können zur Tabuisierung der Krankheit führen. Aus diesem Grund ist die Kommunikation innerhalb der Familie massgebend. Durch eine offene Kommunikation über die Krankheit, welche nicht von Verboten und Tabuisierung gekennzeichnet ist, können negative Gefühle bei den Kindern vermieden werden. Dadurch lernen die Kinder ihre Ängste und Unsicherheiten zu thematisieren, und sie erhalten Erklärungen, welche ihnen eine angemessene Verarbeitung der Situation ermöglicht. Entscheidend dabei ist, dass den Kindern nicht das Gefühl vermittelt wird, dass sie Schuld an der Erkrankung haben.

Eine weitere ernstzunehmende Problematik stellt die destruktive Parentifizierung dar. Diese entsteht, wenn die Eltern die kindlichen Bedürfnisse nicht ausreichend wahrnehmen und dementsprechend berücksichtigen. Diese Bedürfnisse zu erkennen und zu befriedigen, ist für psychisch erkrankte Eltern erschwert. Schizophren erkrankte Elternteile können auf ihre Kinder verängstigend und verwirrend wirken, und den depressiven Eltern fehlt häufig die nötige Kraft, um die kindlichen Bedürfnisse zu befriedigen. Dabei konfrontieren sie unbeabsichtigt die Kinder mit den eigenen Stimmungen. Für eine gesunde psychische Entwicklung des Kindes wird eine sichere Bindung als Voraussetzung erachtet. Kinder brauchen neben Pflege und Nahrung das Gefühl der Sicherheit und der Geborgenheit. Das Interaktionsverhalten und das Einfühlungsvermögen der Eltern werden dabei als wesentliche Faktoren beurteilt. Dabei spielt die Qualität der Mutter-Kind-Beziehung eine ausschlaggebende Rolle. Doch wie vorgängig bereits erläutert, fällt es den psychisch kranken Eltern schwerer, angemessen auf diese Bedürfnisse der Kinder einzugehen. Aus diesem Grund brauchen die Eltern Unterstützung, damit sie für die kindlichen Bedürfnisse

sensibilisiert werden. Dies kann nicht durch eine Behandlung des Elternteils, die nur auf Medikamenten beruht, gelingen. Wichtig dabei ist die Berücksichtigung der biopsychosozialen Perspektive, die in vielen Psychiatriekliniken grundlegend ist. Bei diesem Modell wird nicht nur die Krankheit als das diagnostizierte Problem gesehen, ebenso bedeutend werden die hindernden Umweltfaktoren, welche die Situation zusätzlich beeinflussen, erachtet.

Durch die Erkrankung der Eltern sind Kinder nicht nur mit den zusätzlichen Belastungen und Herausforderungen im Alltag konfrontiert, sondern auch einem deutlich erhöhten Risiko ausgesetzt eigene psychische Störungen zu entwickeln. Insbesondere aus der Winterthurer Studie wurde ersichtlich, dass Kinder psychisch kranker Eltern nicht nur mit der psychischen Erkrankung der Eltern als einem Risikofaktor konfrontiert sind, sondern auch mit den Folgeproblemen. Die Kinder leben häufig in einem mehrfach belasteten familiären Umfeld. Bei Kindern, die unter erschwerten psychosozialen Bedingungen aufwachsen sind schützende Bedingungen – also interne oder externe Ressourcen – besonders wichtig. Je mehr Risikofaktoren vorhanden sind, desto mehr Schutzfaktoren sind für deren Ausgleich erforderlich. Sie helfen Kindern, sich trotz den Belastungen, denen sie ausgesetzt sind, normal zu entwickeln. Für die kindliche Entwicklung besonders wichtig sind familiäre und soziale Schutzfaktoren. Kinder brauchen emotional sichere und stabile Beziehungen zu mindestens einer Bezugsperson. Eine sichere Bindung ist für die Entwicklung kompetenter Bewältigungsstrategien von Bedeutung. Die Verfügbarkeit von sozialer Unterstützung mildert belastende Lebensereignisse und wirkt als Schutz in Krisenzeiten. Für Kinder ist es wichtig zu wissen, an wen sie sich in Krisenzeiten wenden können; das gibt ihnen Sicherheit und wirkt entlastend. Auf der Ebene der Familie brauchen Kinder einerseits ein warmes, emotionales Klima und andererseits Strukturen, die ihnen Halt geben. Die Beziehungsmuster in der Familie sind für die Entwicklung von Kindern ebenfalls bedeutend. Schutz bietet wie bereits in diesem Kapitel erwähnt eine gute Kommunikation in der Familie und die situative Anpassungsfähigkeit des familiären Systems, beispielsweise an eine psychische Erkrankung eines Elternteils.

Auf der individuellen Ebene ist es für Kinder wichtig, das Gefühl des Selbstwertes und der Selbstwirksamkeit zu erleben. Dadurch kann dem Gefühl der Hilflosigkeit entgegengewirkt werden. Durch die Erfahrung der Selbstwirksamkeit mit verbundener erfolgreicher Bewältigung von schwierigen Situationen können Kinder Vertrauen in sich selbst und in ihre Fähigkeiten entwickeln. Die Bewältigung kann durch ihre eigenen Kompetenzen oder durch Hilfe und Unterstützung von ihrem sozialen Umfeld erfolgen. Ebenso wichtig wie die Gefühle des Selbstwertes und der Selbstwirksamkeit ist das Kohärenzgefühl. Eine Komponente davon lässt sich für Kinder psychisch kranker Eltern besonders hervorheben – das Gefühl der Verstehbarkeit. Dadurch gelingt es Kindern interne und externe Stimuli einordnen und

erklären zu können. Bezogen auf die elterliche Erkrankung unterstreicht dies die Wichtigkeit der Aufklärung über die Erkrankung und deren Auswirkungen auf das Familienleben. Kinder brauchen in diesem Zusammenhang eine Person, die sie in ihren Anliegen ernst nimmt und ihre Bedürfnisse wahrnimmt. Können Kinder auf dieser Ebene Kompetenzen entwickeln, werden belastende Situationen eher herausfordernd als bedrohend wahrgenommen.

Die Unterschiede im Stresserleben einer Person ergeben sich durch die Einschätzung der belastenden Situation. Stehen den Kindern ausreichend Ressourcen zur Verfügung oder mehr als für die Bewältigung erforderlich sind, wird die Situation als Herausforderung betrachtet. Ist das Gegenteil der Fall, ist das Wohlbefinden beeinträchtigt, und es können Gefühle der Angst, Wut, Trauer oder Ärger auftreten. Welche Bewältigungsstrategie das Kind anwendet, ist je nach Alter und Entwicklungsverlauf des Kindes unterschiedlich. Wichtig ist, dass Kinder lernen je nach Situation unterschiedliche Bewältigungsstrategien anzuwenden. In der Arbeit mit den Kindern sollten jene Strategien gefördert werden, die weniger stark ausgeprägt sind; damit kann eine situative Anpassung an die Belastungssituation eher gelingen. Wendet ein Kind beispielsweise vermehrt problemzentrierte Bewältigungsstrategien an, dann wäre es hilfreich ihm Möglichkeiten der Entspannung oder Ablenkung näher zu bringen. Die Kinder, die zwischen verschiedenen Bewältigungsstrategien wählen und diese flexibel einsetzen können, gelten als resilienter.

Eine sichere Bindungsqualität kann dazu beitragen, kritische und belastende Lebenssituationen besser zu bewältigen. Die Grundlage dafür bietet der entwickelte Selbstwert und die Möglichkeit beziehungsweise Fähigkeit, sich bei Hilfebedarf an Bezugspersonen zu wenden. Dies kann durch die Eltern gefördert werden indem sie dem Kind zuhören, es anerkennen und unterstützen eigene Entscheidungen zu treffen, und indem sie ihm Möglichkeiten aufzeigen, wie es mit starken Gefühlen umgehen kann. Ausgehend von der Bindungstheorie kann zudem festgehalten werden, dass die Erfahrungen, welche die Kinder im Säuglingsalter in Bezug auf ihre Eltern machen, besonders prägend für die weitere Entwicklung sind. Die unterlassene elterliche Fürsorge kann sich nachteilig auf die kindlichen Entwicklungschancen auswirken. Sichere Bindungen stellen klare Schutzfaktoren dar und unsichere Bindungsmuster können sich zu Risikofaktoren entwickeln; trotzdem kann keine Garantie für stetiges Wohlbefinden aufgrund von stabilen Bindungen in der frühen Kindheit gegeben werden.

Abschliessend kann festgehalten werden, dass die Bedürfnisse der Kinder durch die psychisch belasteten Eltern häufig nicht vollumfänglich erfüllt werden können und Kinder deshalb Unterstützungen von aussen benötigen. Wie im theoretischen Teil ersichtlich wurde, sind Kinder vielfältigen Belastungen ausgesetzt und Risikosituationen können nicht ohne weiteres aufgelöst werden. Kinder können aber lernen, mit diesen Situationen umzugehen und entsprechende Strategien und Kompetenzen entwickeln. Dies zeigt die Wichtigkeit der

Prävention, und im Bereich der Resilienzforschung erhält diese eine immer grössere Bedeutung. Der Fokus soll dabei nicht nur auf den Kindern liegen sondern – im Sinne einer systemischen Betrachtungsweise mit der Berücksichtigung der Wichtigkeit von Beziehungs- und Bindungserfahrungen in der Kindheit – auf dem ganzen Familiensystem.

## **8 Präventive Handlungsansätze in Deutschland**

Die Erwachsenenpsychiatrie als Zugangsweg zu präventiven Angeboten bietet sich an, weil die betroffenen Kinder ausschliesslich über ihre Eltern erreicht werden. Wie bereits ersichtlich wurde, zeigen Eltern bei der Inanspruchnahme von Hilfen Zurückhaltung. Begleitet wird dieser Widerstand von der Angst, die Kinder nicht mehr in der eigenen Familie behalten zu können. Diese Angst kann in der bereits schwierigen Situation als weitere Belastung oder gar Bedrohung wahrgenommen werden. Deshalb ist es wichtig, dass das Vertrauen der Eltern gewonnen werden kann und Angebote nicht über eine zu grosse Eintrittsschwelle verfügen. Die Akzeptanz eines Angebotes steigt, wenn Eltern die Möglichkeiten haben über Erziehungsfragen in Kontakt zu treten und nicht prioritär die Auswirkungen der elterlichen Erkrankung im Vordergrund stehen. Hipp & Staets (2001) machten die Erfahrung, dass besonders in akuten Krankheitsphasen die Bereitschaft Unterstützung anzunehmen, erhöht ist. Diese Zeit kann genutzt werden, um Schwellenängste abzubauen und Informationen über die Angebote zu vermitteln. Damit das Gelingen kann, ist eine gute Kooperation der verschiedenen involvierten Akteure fundamental (in Schone & Wagenblass, 2002, 230). Im folgenden Kapitel werden unter anderem Präventionsprojekte, die in der Erwachsenenpsychiatrie ansetzen, vorgestellt. In der Schweiz bestehen keine systematisch geordneten Angaben zu Präventionsprojekten und wie einleitend erwähnt, sind die Angebote in Deutschland weiter ausgebaut als in der Schweiz. Aufgrund dessen beziehen wir uns in diesem Kapitel exemplarisch auf Angebote aus Deutschland und stellen einige kurz vor.

In Deutschland gründen Präventionsangebote und Präventionsprojekte für Kinder psychisch kranker Eltern oftmals in der Initiative einzelner Personen. Wissenschaftlich motivierte und evaluierte Angebote sind selten. Aufgrund fehlender Fachliteratur, die einen Überblick über die Situation in Deutschland geben kann, haben Reinisch, Heitmann und Griepenstroh bestehende Angebote systematisiert. Erfasst wurden Angebote und Projekte, die noch nicht hinsichtlich ihrer Wirksamkeit wissenschaftlich evaluiert wurden, die jedoch mindestens eine Publikation in Fachzeitschriften oder als Printversion im Internet aufweisen. Zielgruppenunspezifische Angebote und Projekte über die ausschliesslich im Internet Informationen verfügbar sind wurden von der Systematisierung ausgeschlossen. Diese Recherche liefert Referenzen zu den vielfältigen nationalen und internationalen Interventionen und präventiven Angeboten für Kinder psychisch kranker Eltern. Die

ermittelten Präventionsangebote unterscheiden sich hinsichtlich ihres Fokus. Sie sprechen unterschiedliche Zielgruppen an, zum Beispiel Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche, Eltern, Familien oder professionelle Akteure und zeigen unterschiedliche Zeitpunkte auf – von „vor Geburt“ bis ins „Jugend und Erwachsenenalter“ – an denen Prävention ansetzt. Weiter werden die Präventionsangebote in primär auf das Individuum bezogene Angebote, das heißt *fallbezogene Prävention* und in *fallübergreifende Prävention*, die strukturell orientiert ist und die umgebenden Bedingungen fokussiert unterteilt. Zusätzlich ist anzumerken, dass auch *kombinierte Präventionsprojekte* bestehen, bei denen fallbezogene und fallübergreifende Elemente zentral sind (Reinisch, Heitmann und Griepenstroh, 2011, 62-83).

## **8.1 Fallbezogene Prävention**

Die vorgestellten Projekte und Angebote richten sich an folgende Settings: Einzel- und Familienberatung, Kindertherapie, sowie Gruppen für Kinder und Eltern. Sie beziehen sich dabei auf die Ebene der Mutter-Kind-Interaktion, auf die Ebene der Kinder und Jugendlichen, auf die Ebene der Eltern und auf die Ebene der Familien. Alle Angebote richten sich unmittelbar an die betroffenen Einzelpersonen oder an die Familien.

### **8.1.1 Primärprävention im Säuglings- und Kleinkindalter (*Heppenheimer Modell*)**

Da frühzeitig angesetzte präventive Massnahmen über eine erhöhte Wirksamkeit verfügen, steht bei diesem Ansatz die Mutter mit ihrem Säugling/Kleinkind im Mittelpunkt. Es gibt in Deutschland verschiedene Angebote im ambulanten, teilstationären und stationären Setting für erkrankte Mütter und ihre Kinder. Im Fokus dieser Angebote steht der Aufbau einer intakten Mutter-Kind-Beziehung und die Förderung der elterlichen Fähigkeiten (Reinisch, Heitmann & Griepenstroh, 2011, 64-65).

Beim nachfolgend vorgestellten Heppenheimer Modell besteht in einer psychiatrischen Klinik eine eigenständige Mutter-Kind Station. Es gibt aber auch Projekte, bei denen die Mutter-Kind Behandlung auf einer alltagspsychiatrischen Station oder einer Kriseninterventionsstation durchgeführt wird. Erfahrungsberichte legen den Aufenthalt auf einer heterogen belegten Station als eine Bereicherung für alle Beteiligten dar (Kempf, Brockhaus, Helber-Böhlen & Fähndrich, 2001; in Reinisch, Heitmann & Griepenstroh, 2011, 65).

#### *Heppenheimer Modell*

Seit Mitte der 1990er Jahre besteht in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie im Zentrum für soziale Psychiatrie in Heppenheim eine stationäre Mutter-Kind-Behandlung. Dieses Modell wurde von H.-P. Hartmann, dem Klinikdirektor der Vitos Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Heppenheim, initiiert. Seit 2003 existiert mit dem Heppenheimer Modell

eine eigenständige Mutter-Kind-Station mit elf Betten. Hartmann hält fest, dass bei der Aufnahme der Mütter von Krisen gesprochen wird und nicht die Diagnosen im Vordergrund stehen. Den äußerst vielschichtigen Problematiken wird eine Diagnose häufig nicht gerecht und die Behandlungen haben auch bei gleichlautenden Diagnosen oft ganz unterschiedliche Schwerpunkte. In der Therapie wird auf zwei Ebenen gearbeitet. Auf der einen Ebene steht das Selbstbild der Mutter sowie ihr Bild vom Kind im Vordergrund. Diese Themen werden in psychotherapeutischen Gesprächen im Einzel- oder Gruppenkontext angesprochen. Bei der zweiten Ebene geht es um die Interaktion zwischen dem Kind und der Mutter. Hierbei wird die Mutter genau angewiesen, wie sie sich gegenüber dem Kind verhalten soll und es werden Hilfestellungen bei Problemsituationen zwischen Mutter und Kind geboten. Durch Videoaufnahmen oder durch die Anwesenheit von Professionellen werden die Interaktionen festgehalten und nachbesprochen. Zuweilen lassen sich daraus die Grundlagen für Verhaltensmuster eruieren. Das daraus resultierende Ziel ist, die Kommunikation zwischen Mutter und Kind zu normalisieren und so die Entwicklungsmöglichkeiten des Kindes zu verbessern. Dadurch soll das Verständnis der Mutter für die Bedürfnisse ihres Kindes gefördert werden und sie soll Kompetenz und Sicherheit in ihrem Muttersein erfahren.

Ein weiterer wichtiger Punkt in der Arbeit des Heppenheimer Modell besteht darin, dass das soziale Umfeld der Mutter ein Verständnis für diese zu entwickeln vermag. Nur so wird es der Mutter nach ihrem Austritt gelingen, eine auf die Dauer angelegte Veränderung in ihrer Vorstellung von sich selbst wie auch auf der Ebene zu anderen zu erreichen.

Vor der Aufnahme werden Vorgespräche mit der Mutter geführt. So kann über die Aufnahme entschieden und der Behandlungsschwerpunkt festgelegt werden. Von der Mutter wird dabei erwartet, dass sie sich ein Ziel für den Aufenthalt formuliert und einen möglichen Eintritt gut überdenkt. Nach diesem folgen zweiwöchentliche Gespräch mit Mutter und Kind, Therapeut, Arzt und Bezugspflegerperson in welchem der therapeutische Prozess eruiert wird. Darüber hinaus umfasst die Behandlung Gruppen-, Einzel- und Familiengespräche, medizinische Therapie, Spieltherapie, Babymassage und Beratung in sozialen Fragen.

Die Väter werden über die Möglichkeit an einer ambulanten Vätergruppe teilzunehmen einbezogen. Diese Gruppe wird nach dem stationären Aufenthalt der Mutter und des Kindes weitergeführt. Man rechnet mit einer Behandlungsdauer von ungefähr sechs Monaten. Die Mütter werden so lange begleitet bis sie in der Lage sind die Anforderungen des Lebens ausserhalb der Station zu bewältigen (Hartmann, 2009, 140-147).

### **8.1.2 Prävention im Kindes- und Jugendalter**

In den 1990er Jahren entstanden die ersten Projekte für Kinder- und Jugendliche zum Thema „Leben mit einem psychisch kranken Elternteil“. Fokussiert wird dabei die Einzel- oder Gruppenarbeit mit den Kindern. Gleichzeitig werden die Eltern durch Familienarbeit

unterstützt. Ein wichtiger Teil der Arbeit bildet die Überwindung von Tabuisierung und Sprachlosigkeit (Reinisch, Heitmann & Griepenstroh, 2011, 66-71).

Die Prävention findet in ambulanten und stationären Settings statt und beinhaltet auch Patenschaften. Die Internet basierte Information und Beratung, die auch zur Prävention im Kindes- und Jugendalter zählt, wird zunehmend zur Vermittlung von gesundheitsrelevanten Informationen genutzt. Das Internet spricht eine jüngere Altersgruppe an und bietet insbesondere Vorteile der Niederschwelligkeit, Anonymität und zeitlich uneingeschränkter Nutzung. Im Internet werden vermehrt Beratungen und Austauschmöglichkeiten für Kinder und Jugendliche angeboten und Informationen über psychische Erkrankungen bereitgestellt (Reinisch, Heitmann & Griepenstroh, 2011, 69).

#### **8.1.2.1 Projekte im ambulanten Setting (*Projekt KIPKEL*)**

Die verschiedenen Projekte im ambulanten Setting weisen unterschiedliche Schwerpunkte auf. Grundlegend wird festgestellt, dass die Vermittlung von sozialen Kompetenzen, Problemlösestrategien und gutes Stressmanagement wichtig sind. Dabei werden Ressourcen ergründet und gefördert. Diesem voraus geht die altersgerechte Aufklärung über die psychische Erkrankung der Eltern. Die ambulanten Projekte bieten den Kindern einen Ort, an dem sie Unterstützung erhalten um ihre aktuelle Situation zu verarbeiten und positive Erfahrungen sammeln können (Reinisch, Heitmann & Griepenstroh, 2011, 66-67).

##### *Projekt KIPKEL (Kinder psychisch kranker Eltern)*

KIPKEL wurde als Projekt 1998 im Kreis Mettmann, Haan/Hilden initiiert und zählt zu den ersten Präventionsprojekte für betroffene Kinder. Die Kindertherapeutin Susanne Staets und der Psychiater Michael Hipp haben den Schwerpunkt ihres Konzeptes auf die Unterstützung der Persönlichkeitsentwicklung der betroffenen Kinder gesetzt. Zudem ist es ihnen wichtig, dass die Eltern in ihren auszuübenden Kompetenzen gefördert werden und die ganze Familie in die Lösungsfindung einbezogen wird. Als zentral erachten sie den niederschweligen Zugang zum Projekt. Die Eltern sind von vielseitigen Ängsten betroffen wie beispielsweise die Fremdplatzierung ihrer Kinder durch die Vormundschaftsbehörden, den Verlust ihrer elterlichen Kompetenzen, die Gespräche mit ihren Kindern über die Krankheit etc. Die Arbeitsweise von KIPKEL beinhaltet folgende Punkte: Kontaktaufnahme, Familiengespräche, Diagnostik, Einzelbetreuung, Benennung einer Vertrauensperson, offene Sprechstunde, Gesprächsgruppen für die psychisch kranken Mütter sowie für die gesunden Elternteile und die Netzwerkarbeit.

Die erste Kontaktaufnahme der betroffenen Eltern erfolgt im stationären Bereich. Im Mittelpunkt stehen dabei der Vertrauensaufbau zu den Eltern und die Zusammenarbeit mit den zuweisenden Stellen. KIPKEL gehört zum Betreuungsangebot der zuständigen psychiatrischen Klinik. Dies bedeutet, dass bei jeder Aufnahme nach Kindern, nach deren



Alter und nach deren Versorgung während des Klinikaufenthaltes gefragt wird. Weiter erfolgt der Hinweis auf das Angebot des Projektes KIPKEL. Die Elterngruppen treffen sich jeweils auf den Stationen und besprechen wichtige Themen wie Erziehungsfragen und Verhaltensweisen der Kinder. Dadurch werden Ängste abgebaut und die Arbeitsweisen von KIPKEL erlangen Transparenz. Diskretion kann gewahrt werden indem datenschutzrechtliche Bestimmungen strikt eingehalten werden und die Einwilligung für die Zusammenarbeit von beiden Elternteilen kundgetan werden muss.

Nach dem Austritt aus der Klinik erfolgen die ersten Kontakte mit der Familie. Danach werden Termine für die weitere Zusammenarbeit festgelegt. Durch die Arbeit mit den Kindern im Einzelkontakt kann festgestellt werden, ob präventive Angebote für die Kinder ausreichen oder ob bereits intensive therapeutische Arbeit erforderlich ist. Nach der intensiven Arbeit mit den Kindern und den Eltern erfolgt das Familiengespräch mit allen Mitgliedern sowie dem Facharzt. Die Tabuisierung der psychischen Erkrankung innerhalb der Familie soll durch den offenen Umgang mit der Krankheit geschwächt werden.

Weiter werden die Kinder ermutigt eine Vertrauensperson in ihrem nahen sozialen Umfeld zu benennen an welche sie sich während einer Krise wenden können. Dabei ist es wichtig, dass genau festgelegt wird, wie der Umfang dieser Unterstützung aussieht.

Um einen Kontaktabbruch nach einer mehrmonatigen Betreuung der Kinder zu verhindern, besteht eine „offene Sprechstunde“, zu welcher die Kinder zum Spielen und Reden ohne Voranmeldung eingeladen werden.

Zudem werden in der Zusammenarbeit mit anderen psychosozialen Diensten Gesprächsgruppen für psychisch kranke Mütter sowie für die gesunden Elternteile angeboten. Staets erachtet den Aufbau von funktionierenden Netzwerken als fundamentalen Teil ihrer Arbeit. Dabei hält sie fest, dass die Kooperation zwischen der Erwachsenen-/Jugendpsychiatrie und der Jugendhilfe die Arbeit auf der professionellen Ebene stark erleichtert. Zudem ist die Begleitung der Familie durch den Facharzt von grosser Bedeutung, da dieser Wissen vermittelt und in Akutsituationen wichtige Entscheidungen zu treffen vermag (Staets, 2011, 136-142; Jungbauer, 2010, 209-211, 214; Staets, 2009, 164-181).

### **8.1.2.2 Projekte im stationären Setting**

Diese Projekte bieten hauptsächlich pädagogische Betreuung für Kinder, deren Eltern sich in einem stationären Aufenthalt in einer Klinik befinden. Ziel ist, eine längere Trennung von Eltern und Kind zu vermeiden; die Kinder sollen sich gleichzeitig in einer klar strukturierten und entspannten Umgebung sicher und wohl fühlen. Zudem werden gemeinsame Unternehmungen mit Kind und Eltern organisiert, was die Kind-Eltern-Beziehung fördert. In Elternrunden werden wichtige pädagogische Fragen bezüglich der Erziehung erläutert und ausgetauscht. Für viele Eltern ist ein Klinikeintritt nur möglich, wenn sie die Möglichkeit

haben ihr Kind während dieser Zeit in einer Kindertagestätte versorgt zu wissen (Reinisch, Heitmann & Griepenstroh, 2011, 67-68).

### **8.1.2.3 Patenschaften (*Patenprojekt bei PFIFF*)**

Durch Patenschaften erfahren die Kinder eine langfristige und kontinuierliche Unterstützung durch eine gesunde erwachsene Ansprechperson. Dadurch erhalten die Kinder die Möglichkeit, Normalität und Orientierung in ihrer belasteten Situation zu erfahren. Die Patenschaft gibt den Eltern Entlastung und Unterstützung und die Kinder sollen in ihrer Familie verbleiben können. Patenschaften haben also auch die Funktion Fremdplatzierungen möglichst zu verhindern.

#### *Patenprojekt bei PFIFF (Paten für individuelle Förderung und Forderung)*

Das Modellprojekt „Patenschaften für Kinder psychisch kranker und/oder junger Mütter“ gilt als die „Urmutter“ der deutschen Patenprojekte und wurde anfangs 2000 von der Trägerschaft des Vereins PFIFF e. V. Hamburg realisiert. Als Pflegekinderverein war PFIFF stark mit der besonderen Problematik von Müttern/Eltern konfrontiert, welche aufgrund einer psychischen Erkrankung die kontinuierliche Versorgung ihrer Kinder nicht mehr gewährleisten konnten. Dies veranlasste PFIFF zur Initiierung des Modellprojektes „Patenschaften“. Die Hauptanliegen bestehen in der Förderung der Familie, in einer dauerhaften Vermeidung von Fremdplatzierungen und im Schutz des Kindes vor einer eigenen psychischen Erkrankung.

Die Patenschaften bieten Schutz im Rahmen einer positiven, normalen und ergänzenden Beziehung, in welcher sie einen erreichbaren „Dritten“ darstellen. Sie bieten Kontinuität und besonders während der krisenhaften Zeit Sicherheit, um ohne Loyalitätskonflikte Schutz und Geborgenheit zu finden. Die Paten unterstützen und entlasten die Eltern soweit dies ihnen möglich ist, dabei ersetzen sie jedoch keine professionellen Helfer.

Die Paten werden sorgfältig ausgewählt und auf ihre Aufgabe hin geschult. Es folgen mehrere Beratungsgespräche und ein Hausbesuch zur Abklärung der Eignung des Paten. Im Rahmen von monatlichen Treffen mit anderen Paten erhalten sie die Möglichkeit Schwierigkeiten zu besprechen. Während der Dauer der Patenschaft werden die Paten von professionellen Helfenden von PFIFF begleitet.

PFIFF setzt bei der Unterstützung von Eltern eine gewisse Krankheitseinsicht und Kooperationsbereitschaft voraus. Freiwilligkeit und wechselseitige Sympathien sind für die betroffenen Familien entscheidend bei der Auswahl von Pateneltern. Zu Beginn einer Patenschaft schliessen alle Beteiligten (die Paten, PFIFF, die Eltern und deren professionelle Begleiter) einen verbindlichen Kontrakt. Darin sind die Zuständigkeiten geregelt und die Kontraktpartner treffen sich mindestens alle drei Monate zur gemeinsamen Reflexion. Das Gelingen hängt wesentlich von der Zusammenarbeit in diesem Gremium ab. Im Kontrakt

wird auch eine bestimmte Anzahl Wochenstunden festgelegt, in denen die Pateneltern die Kinder betreuen.

Die meisten Anfragen erfolgen vom Jugendamt, von freien Trägern der Jugendhilfe und den Familien selbst. Eher selten sind Anfragen von Beratungsstellen oder psychiatrischen Diensten. Die Hilfemassnahmen wurden bisher hauptsächlich durch Zuwendungen der Fachbehörden finanziert (Junghans, 2010, 211-213; Beckmann & Szylowicki, 2009, 189-197; Pfiff GmbH, 2011).

### **8.1.3 Präventive Angebote auf der Elternebene**

Präventive Angebote auf der Ebene der Eltern entlasten diese und bieten ihnen Möglichkeiten des Erfahrungsaustausches. Zudem werden pädagogische Haltungen und das Erziehungsverhalten gefestigt und wenn möglich günstig beeinflusst. Durch das Elterntaining erhalten die Eltern die Möglichkeit ihren Erziehungsstil zu überdenken. Beim Elterntaining kann beispielsweise die Vermittlung eines demokratischen Erziehungsstils im Zentrum stehen. Das bedeutet, dass die Gleichwertigkeit aller Familienmitglieder gefördert wird und ein Klima des gegenseitigen Respekts herrscht. Weiter könnte auch das Ziel sein, den Kindern gegenüber eine konsequente aber dennoch liebevolle Haltung einzunehmen. Grundsätzlich werden die Eltern in der aktiven Übernahme ihrer Rolle gestärkt und dadurch werden Beziehungs- und Kommunikationsfähigkeiten in der Familie verbessert (Lamers, 2009; in Reinisch, Heitmann & Griepenstroh, 2011, 70-71).

### **8.1.4 Präventive Ansätze auf der Familienebene (*Balance*)**

Bei den präventiven Ansätzen auf der Familienebene handelt es sich um eine systemische Betrachtungsweise der psychischen Erkrankung der Eltern und deren Auswirkungen auf die Familie. Sie richten sich an Eltern, Kinder und möglicherweise an weitere Angehörige. Bei der systemischen Betrachtung geht es hauptsächlich darum, dass die einzelnen Familienmitglieder nicht isoliert angeschaut werden können und sie in wechselseitiger Beziehung zueinander sind. Im Zentrum stehen die Krankheitsbewältigung und die Verbesserung der Qualität der inner- und ausserfamiliären Beziehungen. Durch die Kommunikation über die psychische Erkrankung und den damit verbundenen Belastungen für die Familie wird ein familiäres Verständnis für die Erkrankung gewonnen. Weitere Themen sind die Stärkung der Bewältigungsmöglichkeiten im Umgang mit der Erkrankung, die Überwindung der sozialen Isolation und der Aufbau von ausserfamiliären Beziehungen, die vor allem für das Kind kompensierende Beziehungserfahrungen ermöglichen sollen. Eltern sollen zudem über Risiko- und Schutzfaktoren für die kindliche Entwicklung aufgeklärt werden (Reinisch, Heitmann & Griepenstroh, 2011, 72-75).

Das Beratungs- und Orientierungsangebot für Kinder psychisch kranker Eltern wird seit rund zehn Jahren von dem Universitätsklinikum Heidelberg getragen. Entstanden ist das Projekt aufgrund einer Fachtagung, bei welcher ein deutlicher Mangel an Angeboten in der Region Heidelberg festgestellt wurde. Professionelle aus den Bereichen der Erwachsenenpsychiatrie und der Kinder- & Jugendpsychiatrie arbeiten beim Angebot Balance mit und ermöglichen durch die verschiedenen Blickwinkel (Fokus erkranktes Kind und Fokus erkrankter Erwachsener) eine umfassende Sichtweise auf die Problematik. Das Angebot richtet sich an die noch nicht erkrankten Kinder von psychisch kranken Eltern, welche Fragen oder Probleme bezüglich der Erkrankung haben, an die Eltern, welche sich aufgrund ihrer Erkrankung Sorgen um ihre Familie machen und an alle Personen mit Kontakten zu Betroffenen. Dabei wird familientherapeutisch und sozial/-pädagogisch gearbeitet und es werden verschiedene Sichtweisen eingenommen. Der Fokus kann unterschiedlich gesetzt werden: beim Kind, bei den Eltern oder bei der Eltern-Kind-Beziehung. Die Angebote sind dabei äusserst vielfältig und lassen sich in fünf Gruppen einteilen:

Das Ziel der systemischen Familientherapie und der Beratung ist die Verbesserung der Kommunikation und des Konfliktmanagements in der Familie und die dadurch entstehende Förderung des familiären Zusammenlebens.

Die Kinder altergemäss über die Krankheitsbilder aufzuklären, ihr Selbstwert zu stärken und die Schuldgefühle abzubauen stehen im Zentrum der pädagogischen Beratung.

Die Elternsprechstunde dient zur Unterstützung der elterlichen Kompetenzen. Die Eltern werden in wichtigen Fragen bezüglich der Erziehung beraten, für neue Lösungsstrategien angeleitet und es werden zukünftige Massnahmen besprochen.

Das Hauptanliegen der sozialarbeiterischen Beratung ist die Zusammenarbeit und die Vernetzung mit den sozialen Institutionen und der psychosozialen Versorgung der Region. Bei einem stationären Aufenthalt werden Betreuungsplätze für die Kinder organisiert.

In der Arbeit mit den Kindern (Kindergruppen) geht es im Besonderen um die Stärkung des Selbstwertes. Dies kann in Gruppengesprächen, Rollenspielen oder sonstigen Aktivitäten in der Gruppe wie Spielen, Malen etc. stattfinden.

Balance hält an seinem niederschweligen Konzept fest und die Kinder werden ohne Krankenschein und Überweisung beraten. Erkrankte Eltern, welche keine Patienten der Klinik sind, benötigen eine Überweisung des Hausarztes. Den Patienten der Klinik werden die Kosten im Rahmen der Ambulanzleistungen angerechnet (Bach-Ba & Böttcher-Herget, 2008, 16-20).

## **8.2 Fallübergreifende Prävention (*Initiative Netz und Boden*)**

Diese Prävention greift fallübergreifende Themen, wie Aufklärung und Information, Vernetzung von institutionellen Hilfen und die Qualifizierung der involvierten Akteure auf und setzt nicht wie die bisher vorgestellten Ansätze am Unterstützungsbedarf des Einzelnen an.

Das Ziel ist, die Öffentlichkeit für die Situation der Kinder von psychisch kranken Eltern zu sensibilisieren und dadurch auch im Helfersystem das Verständnis für die belastende Situation in der sich die Kinder befinden zu erhöhen. Das Thema soll enttabuisiert und Stigmatisierungen abgebaut werden. Die Interessen der Betroffenen sollen gestärkt werden. Konkret können diese Ziele durch entsprechende Kampagnen in psychiatrischen Kliniken und bei Fachärzten angegangen werden. Broschüren zur Aufklärung und Information können ebenfalls dazu beitragen. Weiter ist wichtig, dass eine Information über regionale Präventions- und Unterstützungsangebote erfolgt, damit diese in Anspruch genommen werden können und ein Zugang zur Hilfe vor Ort besteht. Zudem ist die Vernetzung der Zielgruppen untereinander wesentlich. Diesen Fokus hat beispielsweise die Initiative Netz und Boden (Reinisch, Heitmann & Griepenstroh, 2011, 76-77).

### *Initiative Netz und Boden*

Die Initiative Netz und Boden wurde 1999 von Katja Beeck gegründet. Als Kind einer schizophrenen Mutter versteht sie sich als Interessensvertreterin von betroffenen Kindern und bietet ehrenamtliche Angebote auf überregionaler Ebene an. Das Ziel der Initiative ist es durch Öffentlichkeitsarbeit, Weiterbildungsveranstaltungen, Beratung, Konzeption und Initiierung von präventiv ansetzenden Hilfsprojekten sowie den Aufbau von Netzwerken eine verbesserte Lebenssituation der Betroffenen zu erreichen. Netz und Boden wendet sich an die direkt betroffenen Kinder und ihre Angehörigen, an Fachkräfte aus den Bereichen der Jugendhilfe und der Psychiatrie, an Familien- und Vormundschaftsgerichte, an Lehrkräfte und Erziehende und an die allgemeine Öffentlichkeit.

Die Lobby- und Öffentlichkeitsarbeit wird zur Bekanntmachung, Sensibilisierung und Aufklärung potentieller Unterstützer von betroffenen Kindern eingesetzt. Dies geschieht auf verschiedenen Ebenen; sei dies durch die Weitergabe von Informationsmaterial auf Websites, das Verfassen von Artikeln in Zeitschriften, die Vermittlung von Interviewpartner für Journalisten etc.

Die Weiterbildungen beinhalten Vorträge, Seminare oder Workshops für Fachleute, Interessierte und/oder Betroffene, in welchen Katja Beeck von den eigenen Erfahrungen berichtet und diese gleichzeitig in Verbindung stellt mit Studien zum Thema Kinder psychisch kranker Eltern aus dem In- und Ausland und mit den Erfahrungen von anderen Betroffenen.

Die Beratung stellt eine weitere wichtige und möglichst unbürokratische Informationsmöglichkeit dar. Interessierte und/oder Betroffene können sich persönlich, telefonisch oder per E-Mail beraten lassen.

Von Netz und Boden werden stets neue präventive Angebote initiiert und umgesetzt. Ein weiterer wichtiger Teil stellt die Bekanntmachung und Unterstützung von bereits vorhandenen Ideen und Projekten dar. Beispielsweise wurde eine virtuelle Selbsthilfegruppe

im Internet gegründet. Katja Beeck leitet die „Patenschaften für Kinder erkrankter Eltern“ beim Jugendhilfeträger AMSOC e.V.<sup>17</sup> Zudem arbeitet sie an der Entwicklung eines Qualifizierungsangebotes für Fachkräfte für Kinder psychisch kranker Eltern im Rahmen des EU-Projekts „Kids strenghts“<sup>18</sup>.

Der Aufbau von Netzwerken soll bei der Vermittlung gezielter Ansprech- und Kooperationspartner helfen; zudem soll eine Vernetzung aller Zielgruppen untereinander gefördert werden. Dadurch wurde für betroffene Familien eine Lobby geschaffen und die Familien können sich untereinander vernetzen. Es gab beispielsweise bereits mehrere Treffen für Betroffene (Junghans, 2010, 205-206; Netz und Boden, o.J.; Reinisch, Heitmann & Gripenstroh, 2011, 77).

### *Zusammenfassung*

In Deutschland findet fallbezogene, fallübergreifende oder kombinierte Prävention für Kinder und ihre psychisch kranken Eltern statt. Die Schwerpunktsetzung der Prävention ist abhängig vom Alter der Kinder. Die fallbezogene Prävention richtet sich an die betroffenen Familien oder auch an Einzelpersonen und verfügt über verschiedene Projekte, bei welchen auf unterschiedlichen Ebenen gearbeitet wird: die Mutter-Kind-Interaktion wird fokussiert, die Prävention im Kindes- und Jugendalter im ambulanten und stationären Setting, die Ebene der Eltern oder die systemische Betrachtung des ganzen Familiensystems. Bei der fallübergreifenden Prävention stellt die Sensibilisierung der Öffentlichkeit durch gezielte Aufklärung über psychische Erkrankungen eine wichtige Arbeitsweise dar. Dadurch erhofft man sich den Tabuisierungs- und Stigmatisierungstendenzen der Gesellschaft entgegen zu wirken. Zudem findet eine Vernetzung innerhalb der Zielgruppen statt, um einen Austausch innerhalb der betroffenen Familien zu ermöglichen. Die kombinierte Prävention beinhaltet Projekte, welche fallbezogene und fallübergreifende Elemente enthalten.

---

<sup>17</sup> Ambulante Sozialpädagogik Charlottenburg e.V. führt seit 1993 ambulante Hilfen zur Erziehung durch. Die Grundidee des Patenschaftsangebots ist, Kindern mit einem psychisch kranken Elternteil eine emotional stabile Bezugsperson kontinuierlich an die Seite zu stellen. Die Patenschaft wird in stabilen Zeiten des erkrankten Elternteils vermittelt und kommt in Krisenzeiten zum Zuge indem die Kinder befristet bei ihren Paten untergebracht werden (AMSOC, o.J.).

<sup>18</sup> Die EU beschäftigt sich derzeit eingehend mit dem Thema *Kinder psychisch kranker Eltern*. Das Projekt "Kids Strengths" unterstützt betroffene Kinder und ihre Eltern. Darüber hinaus hilft es Berufsgruppen, die mit Kindern arbeiten, Probleme möglichst früh zu erkennen und richtig zu reagieren. Die involvierten Berufsgruppen (Lehrer, Ärzte und Sozialarbeitende) finden auf der Online-Plattform beispielsweise Modelle für Hilfeplan-Besprechungen mit Eltern, Wissensmodule, eine Sammlung von länderspezifischen Anlaufstellen und auch Online-Trainings (Kids strenghts– Kids in the Context of mental disorders, 2009).

## 9 Präventive Handlungsansätze in der Schweiz

Vorab wird das Winterthurer Präventions- und Versorgungsprojekt für Kinder psychisch kranker Eltern (WIKIP) näher ausgeführt. Dieses Pionierprojekt der Schweiz hat Vorbildcharakter und resultiert aus den Ergebnisse der beiden Studien, welche von Forscherinnen des Departements für Soziale Arbeit der ZHAW, der Arbeitsgruppe der ipw und des SPZ der Kinderklinik des Kantonsspitals Winterthur durchgeführt wurden (vgl. Kap. 1.1). Weiter werden die Projekte *Therapiegruppe für Kinder*, *Gruppe psychisch belasteter Eltern* und *Infogruppe für Patientinnen und Patienten mit minderjährigen Kindern* der untersuchten Deutschschweizer Grossstadt in diesem Kapitel vorgestellt. Die eben genannten Begrifflichkeiten werden im Folgenden stets kursiv geschrieben, damit eine bessere Übersichtlichkeit gegeben ist und weil sie für unsere Arbeit zentral sind.

### 9.1 Winterthurer Projekt

Die ipw und das SPZ setzen sich seit vielen Jahren mit dem Thema „Kinder psychisch kranker Eltern“ auseinander. Im Jahr 2003 wurde die Arbeitsgruppe „AG Familienpsychiatrie“ ins Leben gerufen mit dem Ziel, die Bedürfnisse und Anliegen der betroffenen Kinder besser wahrzunehmen. Diese Arbeitsgruppe setzte sich aus Vertretern der Erwachsenen- und Jugendpsychiatrie, der Familienhilfe sowie des Sozial- und Schulwesens zusammen. Die wissenschaftliche Evaluation des Themas erfolgte im Jahr 2006 in Zusammenarbeit mit der Hochschule für Soziale Arbeit Zürich. Bei der wissenschaftlichen Evaluierung kamen Defizite in der Versorgung – insbesondere bei Fachinstitutionen – zum Vorschein. Darauf wurde die „AG Familienpsychiatrie“ erweitert und im April 2010 das dreijährige Projekt WIKIP gestartet. Das Ziel des dreijährigen Projekts WIKIP ist die nachhaltige Verbesserung der psychiatrischen und sozialen Versorgung von Familien mit einem psychisch kranken Elternteil und die Optimierung der Situation der Kinder durch frühzeitige Erkennung und Behandlung der Familien. Das soll durch eine Intensivierung der Netzwerkversorgung in der Region Winterthur und durch die Optimierung der Hilfs- und Behandlungsmassnahmen für Kinder, Jugendliche, Eltern und der Versorgungssysteme erreicht werden.

Das Projekt WIKIP ist ein vier Säulen Modell und setzt sich aus folgenden Bereichen zusammen:

1. Säule: Früherkennung und Prävention
2. Säule: Unterstützung und Beratung für Familien
3. Säule: Therapie und Behandlung
4. Säule: Kinderschutz

Die Ziele sind, durch frühzeitige Erkennung und Behandlung die psychiatrische und soziale Versorgung der Familien zu verbessern und zu stabilisieren sowie die gesunde Entwicklung von Kindern zu fördern. Im Bereich des Kinderschutzes werden Anpassungen an die

Erfordernisse einer psychischen Erkrankung eines Elternteils vorgenommen. Langfristig besteht das Ziel, die Gesundheitskosten zu reduzieren und die psychische Gesundheit und die damit verbundene Lebensqualität zu steigern.

Dazu erforderlich ist eine intensivere Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Versorgungssystemen im Bereich „Familien mit einem psychisch kranken Elternteil“. Zudem wird das bestehende Angebot in den obengenannten vier Säulen ausgebaut und optimiert. Die Öffentlichkeit wird sensibilisiert und die Fachpersonen geschult. Weiter werden eine Internetplattform und Datenbanken sowie eine kleine Ausleihbibliothek erstellt.

Am WIKIP sind diverse Institutionen mit deren jeweiligen Vertretern beteiligt. Die Projektgruppe besteht aus ungefähr hundert Netzwerkpartnern aus der Erwachsenenpsychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Kinder- und Jugendhilfe, Schul- und Frühförderungsbereich, Sozialhilfe und Vormundschaftswesen, aus Angehörigenvereinen, Haus- und Kinderärzten, Vertretern von Fachgesellschaften und Selbstbetroffenen. Wie Abbildung 3 zeigt, ist die Projektgruppe einer Steuerungsgruppe unterstellt und gliedert sich in mehrere Teilprojekte.

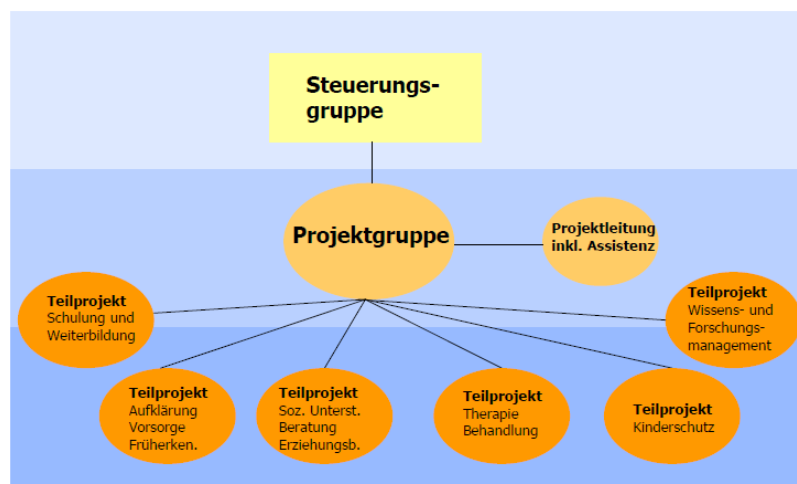


Abbildung 3: Projektorganisation WIKIP (WIKIP, o.J.)

Die auf Abbildung 3 dargestellten Ebenen beinhalten unterschiedliche Aufgaben, die in Abbildung 4 dargestellt sind.



Projektorgan	Aufgabe
<b>Steuerungsgruppe</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Begutachtung und Verabschiedung des Projektdesigns</li> <li>• Interessenvertretung der einzelnen Versorgungssysteme in der Steuerungsgruppe</li> <li>• Erteilung des Projektauftrages an die Projektgruppe</li> <li>• Abnahme von Zwischenberichten und Ergebnissen</li> <li>• Verabschiedung der Projektfinanzierung und Ausübung des Controllings</li> <li>• Verabschiedung des Versorgungskonzepts</li> <li>• Strategische Kontrolle: Einfordern von Verbindlichkeit und Nachhaltigkeit durch Zusammenarbeitsvereinbarungen über die einzelnen Versorgungssysteme hinweg</li> </ul>
<b>Projektgruppe</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entwicklung des Projektdesigns (Ziele, Planung, Organisation, Budget) auf der Grundlage des Projektauftrages</li> <li>• Entwicklung einer Projektorganisation</li> <li>• Erteilung der sechs Projektaufträge</li> <li>• Abnahme der Ergebnisse der sechs Teilprojekte</li> <li>• Formulierung eines Versorgungskonzeptes, das die Ziele und Massnahmen der vier Säulen darstellt und zu einem umfassenden Hilfssystem zusammenfasst und den jeweiligen verantwortlichen Versorgungssystemen zuordnet</li> <li>• Verantwortung für Information und Kommunikation</li> </ul>
<b>Projektleitung inkl. Projektassistenz</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entwicklung des Projekts in den inhaltlichen Details und Unterbreitung zur Stellungnahme zuhanden der Projektgruppe</li> <li>• Formulierung des Versorgungskonzeptes zuhanden der Projektgruppe</li> <li>• Projektdokumentation</li> <li>• Organisatorische und administrative Aufgaben</li> <li>• Steuerung des Projektprozesses auf struktureller und inhaltlicher Ebene</li> <li>• Vertretung der Projektgruppe in der Steuerungsgruppe</li> </ul>
<b>Teilprojekte</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Erarbeiten von Massnahmen auf der konkreten Handlungsebene in den 4 Säulen</li> <li>• Aufbereiten von Grundlagenmaterialien zu den Themen Wissensmanagement, Forschung und Literatur</li> <li>• Erarbeiten von Inputs zum Thema Grundlagenwissen, Weiterbildung von Fachpersonen und Sensibilisierungsprogrammen</li> </ul>

Abbildung 4: Aufgaben Projektorgane (WIKIP, o.J.)

Während der ganzen Projektdauer wird WIKIP wissenschaftlich begleitet und ausgewertet, um Veränderungen auf allen Ebenen zu überprüfen. Während des Projekts werden zu drei verschiedenen Zeitpunkten quantitative und qualitative Daten erhoben. Zu Beginn des Projekts erfolgt eine umfangreiche Basis-Datenerhebung, die der Situationsanalyse und der Bedarfserhebung dient, die sogenannte Bestandesaufnahme. Die Zusammenarbeit unter den involvierten Institutionen wird durch eine Netzwerkanalyse aufgezeigt. In der Massnahmenevaluation werden die umgesetzten Massnahmen, die parallel zur Bestandesaufnahme ausgearbeitet wurden, überprüft. Dabei zentral ist insbesondere die Schulung und Weiterbildung der Mütter- und Väterberatenden, den Kindergärtnern und den psychiatrischen Fachärzten in privaten Praxen und auch in ambulanten und in stationären Diensten. Ob die Unterstützung gelungen ist, wird direkt in den betroffenen Familien anhand von Fallrekonstruktionen ausgewertet. Zum Schluss erfolgt eine summative Evaluation (WIKIP, o.J.).

## 9.2 Situation in einer Deutschschweizer Grossstadt

Die Psychiatrischen Dienste in der untersuchten Grossstadt haben drei Gruppenangebote. Die *Gruppe psychisch belasteter Eltern* und die *Therapiegruppe für Kinder*, welche in Zusammenarbeit mit der Erziehungsberatungsstelle geführt wird. In der stationären Erwachsenenpsychiatrie besteht eine *Infogruppe für Patientinnen und Patienten mit minderjährigen Kindern*.

Die Hauptinformationen sind elektronisch via Internet auf den jeweiligen Homepages zugänglich. Zudem erhielten wir vor den Interviews von Expertin B eine Mail weitergeleitet, welche das Angebot der *Therapiegruppe für Kinder* weiter ausführte. Uns wurden keine Konzepte zur Verfügung gestellt, was die Beschreibung der Angebote erschwerte. Verschiedene Stellen für psychisch kranke Menschen wurden telefonisch angefragt, jedoch haben wir keine weiteren Informationen bezüglich präventiver Angebote erhalten.

### 9.2.1 Therapiegruppe für Kinder

Die Therapiegruppe für Kinder psychisch kranker Eltern richtet sich an Kinder von 8 bis 15 Jahren, wird in einer Grösse von maximal zehn Kindern geführt und findet einmal pro Woche an einem Nachmittag statt. Der Kanton finanziert die Gruppe, und es wird lediglich ein Zviergeld verrechnet. Die Gruppe wird von einer Psychologin geführt, die eine Ausbildung in Gruppenpsychotherapie mit Kindern und Jugendlichen absolviert hat. Zudem arbeiten in der Gruppe zusätzlich zwei Psychologiestudenten mit, die ein Praktikum auf der Erziehungsberatung absolvieren. Die Therapiegruppe versteht sich als Ergänzung zur Arbeit der zuweisenden Fachpersonen.

Das Ziel der Therapiegruppe besteht darin, den Kindern Hilfen anzubieten, um für die Bewältigung der herausfordernden familiären Situation Unterstützung zu finden. Für die Eltern finden Informationsgespräche statt, jedoch keine therapeutische Begleitung. Durch die Form der Gruppe treffen sich Kinder, die dieselben familiären Probleme erleben und können sich austauschen. Für den Zugang zu den Problemlagen der Kinder wird der Ansatz des Mythodramas gewählt. Das Mythodrama ist eine indirekte<sup>19</sup> Methode, um an den jeweiligen Themen der Kinder und Jugendlichen zu arbeiten. Mit dem Mythodrama wird es den Kindern und Jugendlichen erleichtert, ihre Gefühle und Anliegen zu äussern. Indem sie sich Geschichten anhören, die ihre Thematik widerspiegeln, fällt es ihnen leichter sich persönlich zu äussern. Es kann auch sein, dass ihnen Bilder und Metaphern angeboten werden über die sie ihre Anliegen ausdrücken können. Bei vielen Kindern löst die direkte Arbeit an ihren Problemen eine Überforderung aus, dieser soll mit dem Mythodrama entgegengewirkt

---

<sup>19</sup> „Indirekt“ in diesem Zusammenhang bedeutet, dass der Bezug zu den Problemen und Belastungen indirekt mit dem Einsatz von Beispielgeschichten hergestellt wird und daraus folgend Lösungsansätze für die individuellen Herausforderungen ausgearbeitet werden.

werden, und die Kinder und Jugendlichen sollen die Gruppensitzungen als lustvoll erleben. Die Geschichten werden von den Kindern und Jugendlichen nicht nur angehört, sondern auch ausgebaut und bearbeitet. Dies kann im Theaterspiel, beim Malen oder beim Maskenspiel geschehen. Je nach Altersstufe wird im Mythodrama auch mit Filmen, Rollenspielen, Aufstellungen oder thematischen Inputs gearbeitet. Dadurch können in Zusammenarbeit mit den anderen Kindern und Jugendlichen oder den Gruppenleitenden Lösungen für konkrete Anliegen gesucht werden. Abschliessend findet der konkrete Transfer auf die eigene Lebenssituation statt. Der exemplarische Ablauf einer mythodramatischen Sitzung in der Therapiegruppe sieht wie folgt aus: Begrüssung, Einstimmung über Spiele, Geschichte, Fantasiereise, Dramatisierung oder zeichnerische Ausgestaltung der Geschichte, Kreisgespräch über eigene Lösungen und Anliegen, „Zvieri“ und Abschlussaktivität (Universitäre Psychiatrische Dienste UPD des Kantons Bern, 2010a; Expertin B, persönliche Mitteilung, 20.09.2011).

### **9.2.2 Gruppe psychisch belasteter Eltern**

Die Gruppe richtet sich an psychisch erkrankte Eltern mit minderjährigen Kindern und setzt sich aus fünf bis maximal acht Teilnehmenden zusammen. Die Therapiegruppe findet laufend statt und dauert jeweils sechs Termine mit einer Länge von eineinhalb Stunden. Die Kosten belaufen sich auf CHF 60.- pro Person und bei finanziellen Schwierigkeiten können die Kosten von einem interner Fonds übernommen werden.

Das Ziel der Elterngruppe besteht darin, die Eltern in ihrer Erziehungskompetenz zu stärken und zu befähigen. Den Eltern soll es gelingen in alters- und kindgerechter Weise mit den Kindern über ihre Erkrankung zu sprechen. Um dies zu erreichen, werden Eltern für ihre Erkrankung und die Auswirkungen auf die Kinder sensibilisiert. Schuld- und Schamgefühle werden abgebaut und adäquate Bewältigungsstrategien im Umgang mit der Erkrankung aber auch im Zusammenhang mit den Kindern erlernt. Dadurch können Kinder in Belastungssituationen von ihren Eltern unterstützt werden. Die Gruppentherapie bietet zudem ein Ort, an dem sie sich mit anderen betroffenen Eltern austauschen können (Universitäre Psychiatrische Dienste Bern UPD des Kantons Bern, 2010a).

### **9.2.3 Infogruppe für Patientinnen und Patienten mit minderjährigen Kindern**

Die Infogruppe ist ein Angebot der stationären Erwachsenenpsychiatrie und richtet sich an Patienten mit minderjährigen Kindern, die in der Klinik hospitalisiert sind.

Die Infogruppe finde einmal wöchentlich während einer Stunde statt und den Patienten stehen Fachpersonen zur Verfügung, die sie beraten und informieren. Es finden Beratungen zu ihrer Rolle als Mutter oder Vater statt oder auch zum Umgang mit den Kindern. Der Zugang ist niederschwellig und setzt an den Fragen und Themen an, welche die Patienten interessieren. Es ist auch möglich, dass Partner oder Kinder der Patienten an der Infogruppe

teilnehmen. Weiter wird in der Gruppe Informationsmaterial abgegeben. Und die Patienten haben die Möglichkeit mit anderen psychisch kranken Eltern in Kontakt zu treten (Universitäre Psychiatrische Dienste Bern UPD des Kantons Bern, 2010b).

### *Zusammenfassung*

Die Angebote in der untersuchten Grossstadt sind auf der fallbezogenen Präventionsebene einzuordnen. Ein Angebot richtet sich direkt an die Kinder psychisch kranker Eltern und bezieht sich auf die Ebene der ambulanten Prävention für Kinder und Jugendliche. Die anderen Angebote richten sich an Eltern im stationären und im ambulanten Setting mit dem Ziel ihnen Möglichkeiten des Erfahrungsaustausches zu geben, ihre Erziehungskompetenzen zu stärken, sie bezüglich ihrer Krankheit aufzuklären und eine Sensibilisierung für die Situation ihrer Kinder zu bewirken.

Bei den Angeboten in der untersuchten Grossstadt werden verschiedene mögliche Präventionsebenen nicht berücksichtigt wie präventive Ansätze auf der Familienebene, die eine systemische Betrachtungsweise der psychischen Erkrankung fokussieren, präventive Angebote für Säuglinge und Kleinkinder und die fallübergreifende Prävention, welche den Fokus auf den fallübergreifenden Themen wie Aufklärung, Informationsvermittlung, Sensibilisierung und Vernetzung hat.

## **10 Empirie**

Zur Beantwortung der Frage, welche Unterstützungsmöglichkeiten die Erwachsenenpsychiatrie einer Deutschschweizer Grossstadt minderjährigen Kindern mit psychisch kranken Eltern bietet, werden Interviews mit verschiedenen Experten geführt, welche bei der Initiierung und/oder Leitung von Therapiegruppen für Kinder psychisch kranker Eltern beteiligt waren und/oder sind. Anhand der drei Experteninterviews werden zusätzliche Informationen erhoben, welche aus der Literaturrecherche sowie aus den Dokumentationen der Organisationen nicht in Erfahrung gebracht werden konnten. Zudem möchten wir eine persönliche Einschätzung der Experten zur behandelnden Thematik gewinnen.

Im vorliegenden Kapitel wird zuerst das leitfadengestützte Experteninterview, welches zur qualitativen Sozialforschung gehört, das Auswertungsverfahren nach Meuser & Nagel und der Interviewprozess erörtert. Abschliessend erfolgt die Auswertung der Daten verbunden mit einem kurzen Fazit zu den Ergebnissen. Dabei stützen wir uns auf dem vorangehend erläuterten Wissen aus Theorie und Praxis ab.

## **10.1 Theoretische Aspekte der Qualitativen Sozialforschung**

Die empirische Sozialforschung beobachtet jeweils einen kleinen Ausschnitt aus der sozialen Welt und aufgrund dieser Beobachtung entstehen Theorien oder es werden solche weiterentwickelt (Gläser & Laudel, 2009, 24).

In der Sozialforschung wird unterschieden zwischen qualitativer und quantitativer Forschung. Die qualitative Forschung wird beigezogen, wenn Aspekte anhand von quantitativen Methoden nicht gemessen werden können. Offene Fragen sind äusserst wesentlich bei den qualitativen Methoden, da diese dem Befragten viel Raum bei der Antwort lassen. Dabei berücksichtigen die qualitativen Methoden die wechselseitige Beziehung zwischen dem Interviewten und dem Interviewer und die Gedanken, die Gefühle und die Deutungen des Interviewers dienen als Informationsquellen und werden in die Analyse einbezogen. Im Unterschied dazu sind quantitative Befragungen standardisiert und vom Befragten werden klare Antworten und vom Interviewer ein gleichförmiges Verhalten erwartet (Bortz & Döring, 2006, 296, 308-309).

## **10.2 Das leitfadengestützte Experteninterview**

Die Fachwelt scheint sich über den Begriff des Experten nicht einig zu sein. Exemplarisch an zwei Definitionen des Experteninterviews wird kurz skizziert, welche Definition der vorliegenden Arbeit zu Grunde liegt.

Im Vorwort halten Gläser & Laudel (2009, 11-12) fest, dass sie sich mit der Begriffsdefinition von Experteninterview nicht am deutschen Mainstream orientieren. Gemäss ihrer Definition wird jemand zum Experten, wenn er über Spezialwissen der zu erforschenden sozialen Sachverhalte verfügt. Dieses Wissen wurde durch die Beteiligung am zu erforschenden Sachverhalt erworben und durch das Experteninterview kann genau diese fehlende Kenntnis erschlossen werden.

Meuser & Nagel (2009, 466-470) kritisieren ihrerseits die von Gläser & Laudel verursachte Begriffsverwirrung und halten fest, dass deren Bestimmung unzureichend ist, da keine Kriterien bestimmt werden, welche Experten von Nicht-Experten unterscheiden. So gesehen wird jeder zum Experten und sei dies für das eigene Leben. Meuser & Nagel gehen davon aus, dass der Interviewte über eine Expertenrolle in dem zu erforschenden Feld verfügt. In dieser Definition dient die berufliche Stellung als Grund für besonderes Wissen, respektive Expertenwissen.

Als Experte angesprochen wird,

- wer in irgendeiner Weise Verantwortung trägt für den Entwurf, die Ausarbeitung, die Implementierung und/oder die Kontrolle der Problemlösung,
- und damit über einen privilegierten Zugang zu Informationen über Personengruppen, Soziallagen, Entscheidungsprozesse, Politikfelder usw. verfügt. (zit. nach Meuser & Nagel, 2009, 470)

### 10.2.1 Die Interviewpartner

Wir orientieren uns in der Auswahl unserer Experten an der Definition von Meuser & Nagel und suchen nach Interviewpartner, welche über eine Expertenrolle im Feld der Unterstützungsmöglichkeiten für Kinder aus Familien mit psychisch kranken Eltern verfügen. Nachfolgend werden die Experten kurz vorgestellt:

- **Experte A:** Leiter der Abteilung Gruppenpsychotherapie für Kinder und Jugendliche und Initiator der *Therapiegruppe für Kinder*, Prof. Dr. phil., Psychologe VBP/FSP und dipl. analyt. Psychotherapeut.  
Diese Therapiegruppe ist ein Angebot der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Poliklinik sowie der Erziehungsberatungsstelle der untersuchten Grossstadt, richtet sich an die Kinder und befindet sich am Standort A im ambulanten Setting.
- **Expertin B:** Verantwortliche Person für die *Infogruppe für Patientinnen und Patienten mit minderjährigen Kindern*, lic. phil. Fachpsychologin für Psychotherapie FSP, dipl. Erziehungsberaterin/Schulpsychologin.  
Diese Infogruppe ist ein Angebot der Psychiatrieklinik für Erwachsene der untersuchten Grossstadt, richtet sich an die Eltern und befindet sich am Standort B im stationären Setting.
- **Expertin C:** Leitende Psychologin lic. phil. der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der *Gruppe psychisch belasteter Eltern* sowie Mitarbeiterin und Projektkoordinatorin bei der laufenden Studie am Standort C.  
Diese Gruppe ist ein Angebot der Kinder- und Jugendpsychiatrie der untersuchten Grossstadt, richtete sich an die Eltern und befindet sich am Standort C im ambulanten Setting.

## 10.2.2 Die Entwicklung des Leitfadens und der Fragen

Standardisierte Interviews werden der quantitativen Forschung zugeschrieben, während die nichtstandardisierten zur Methode der qualitativen Forschung zählen. Beim Experteninterview handelt es sich um ein nichtstandardisiertes Interview, was bedeutet, dass die Handlung der Akteure keiner Standardisierung unterliegt. Häufig trifft man dabei auf den Begriff „teilstandardisiertes Interview“, in welchem bereits Vorgaben für die fragende Person bestehen und welches auch der Gruppe der Nichtstandardisierten angehört. Das ausgewählte Leitfadeninterview stellt eine Untergruppe des nichtstandardisierten Interviews dar und der Interviewer arbeitet mit vorgegebenen Themen und einem Leitfaden, wobei die Reihenfolge der Fragen frei ist. Damit aufkommende Fragen beantwortet werden können, ist es jederzeit möglich Nachfragen zu stellen. So gesehen bietet der Leitfaden eine Richtschnur, an welcher man sich orientiert, um sicher zu stellen, dass die Grundfragen gestellt werden. Die Form der Kommunikation wird auf ein persönliches Gespräch festgelegt, in welchem die Antworten aufgezeichnet werden. Für die Erschließung von fehlendem Wissen eignet sich am besten das Einzelinterviews, da man sich nur auf eine Person konzentrieren muss (Gläser & Laudel, 2009, 41-42).

Das leitfadengestützte Experteninterview als Kommunikationsprozess unterscheidet sich von der Alltagskommunikation durch folgende drei Punkte:

1. Es bestehen klare Kommunikationsregeln, welche besagen, dass die Antwort sanktionsfrei jederzeit verweigert werden darf.
2. Eine klare, beidseitig anerkannte Rollenverteilung im Dialog ist gegeben.
3. Der Dialog wird durch den Interviewer zielgerichtet auf eine Informationsgewinnung hin geführt (Haller, 2001; in Gläser & Laudel, 2009, 112).

Ein wesentlicher Punkt bei der Befragung stellt die Tatsache dar, dass die Forschungsfrage nie an den Befragten weitergereicht werden darf (Gläser & Laudel, 2009, 113).

Zusammenfassend werden folgende Überlegungen zu den Frageformulierungen eines Experteninterviews festgehalten:

- Klare und verständliche Fragen sollen gestellt werden, damit der Interviewte versteht, was gefragt wurde (keine multiplen Fragen).
- Auf sorgsame Formulierung muss geachtet werden, da die Art und Weise der Fragestellung die Antwort beeinflusst.
- Fragen müssen so formuliert werden, dass sie keine bestimmte Antworten nahe legen (Gebot der Neutralität).
- Meinungsfragen sollen verwendet werden, wenn die Bewertung und Handlungsgründe des Interviewpartners in die Rekonstruktion der sozialen Prozesse einbezogen werden müssen.

- Faktfragen müssen als offene Fragen gestellt werden, um zum Erzählen zu animieren. Dies beinhaltet Fragen nach Erfahrung, nach Wissen und bezüglich des Hintergrundes von Interviewpartner.
- Hypothetische Fragen werden immer im Konjunktiv gestellt und sind nur sinnvoll, wenn es um Annahmen des Interviewpartners über Kausalzusammenhänge im Untersuchungsfeld geht.
- Provokationen sind risikoreich und sollten sparsam und falls überhaupt erst am Ende des Interviews eingesetzt werden.

Der Leitfaden stellt dabei sicher, dass in mehreren Interviews gleichartige Informationen erhoben werden, was wesentlich für die Beantwortung der Forschungsfrage ist. Innerhalb einer Stunde können zwischen 8 bis 15 Fragen behandelt werden. Der Interviewleitfaden sollte übersichtlich gestaltet und nicht mehr als zwei Seiten umfassen. Dabei sind die Fragen bereits ausformuliert. Ein wichtiger ethischer Grundsatz besagt, dass den Teilnehmern aus der Untersuchung kein Schaden entstehen darf (Gläser & Laudel, 2009, 120-150).

### **10.3 Auswertungsverfahren**

Die Namen der befragten Psychologen werden nicht genannt, da den Interviewpartnern die Anonymisierung ihrer Aussagen zugesichert wurde. Aus diesem Grund sind die Transkriptionen nicht im Anhang dieser Arbeit zu finden.

Die Interviews werden mit einem Aufnahmegerät aufgezeichnet, anschliessend transkribiert und vom Schweizerdeutschen Dialekt ins Hochdeutsche übertragen. Bei der Übersetzung versuchen wir möglichst nah an der Originalaussage zu bleiben. Die Auswertung der Daten erfolgt in Anlehnung an Meuser & Nagel. Die Auswertungsschritte der soziologischen respektive psychologischen Konzeptualisierung und der theoretischen Generalisierung werden nicht umgesetzt. Der letzte Schritt der Auswertung beinhaltet den Vergleich der Expertenaussagen mit dem theoretischen und dem präventionsorientierten Teil unserer Arbeit. Die letzten zwei Auswertungsschritte von Meuser & Nagel werden weggelassen, weil unsere Experteninterviews in erster Linie der Informationsgewinnung dienen und diese beiden Schritte einen geringeren Stellenwert einnehmen.

#### **10.3.1 Transkription und Paraphrase**

Die Interviews werden mit Hilfe eines Diktiergerätes aufgezeichnet und anschliessend textgetreu und vollständig<sup>20</sup> in den Worten wiedergegeben. Dabei haben wir uns an den Transkriptionsregeln von Dresing & Pehl (2011, 13-16) orientiert. Diese halten fest, dass Dialekt wortgenau ins Hochdeutsche übersetzt wird und Wort- und Satzabbrüche mit einem

---

<sup>20</sup> Beim Interview B wurden die letzten 10 Minuten nicht mehr umfassend transkribiert, da das Gespräch nach Abschluss noch im Korridor fortgesetzt wurde (vgl. Kapitel 10.4).



Schrägstrich dargestellt werden. Die Pausen werden entsprechend der Länge durch Auslasspunkte in Klammern gekennzeichnet. Äusserungen wie „ähm“ werden nicht transkribiert und besonders betonte Wörter werden gross geschrieben. Unverständliche Worte erhalten die Bezeichnung unv. und gleichzeitige Rede wird mit doppelten Schrägstrichen vermerkt.

Die Paraphrase erfolgt chronologisch und dabei werden die Expertenäusserungen wiedergegeben. Gut paraphrasiert bedeutet, dass keinesfalls im Vorfeld bestimmte Themen ausgeschlossen werden, sondern eine umfassende Protokollierung erfolgt. Interview und Paraphrase sind nur dann gültig, wenn bei einem Vergleich klar wird, dass die Äusserungen nicht verändert wurden (Meuser & Nagel, 2002, 83-84).

### **10.3.2 Kodieren und thematischer Vergleich**

Beim Kodieren erhalten die paraphrasierten Passagen eine oder auch mehrere Überschrift/en. Die Passagen sind meist einem Thema gewidmet, da aber textnah gearbeitet wird, kann es passieren, dass der Befragte Themenpunkte vorweg nimmt. Dabei kann es auch notwendig sein, einer Passage mehrere Überschriften zu geben. Im Gegensatz zur Erhebung ist bei der Auswertung die Person des Experten unwichtig; „[...] sie bildet lediglich das Medium, durch das wir Zugang zu dem Bereich, der uns interessiert, erlangen. Wir trennen die Person von ihrem Text ab und betrachten den Text nicht als Dokument einer sozialen Struktur.“ (Meuser & Nagel, 2002, 85) Absätze mit ähnlichen Themen bilden eine Einheit und es wird eine Hauptüberschrift verfasst. Der Fokus bleibt dabei auf den einzelnen Interviews. Erhöhte Vorsicht ist gemäss Meuser & Nagel beim Vereinheitlichen der Überschriften geboten. Diese Auswahl muss klar begründet werden (Meuser & Nagel, 2002, 85-86).

Beim thematischen Vergleich werden Passagen aus verschiedenen Interviews zusammengestellt und die Überschriften vereinheitlicht. Damit dabei keine Daten verloren gehen, ist eine ständige Prüfung nötig; dazu listet man die wichtigen Passagen hintereinander auf. Wo bestehen Unterschiede in der Expertenmeinung und wo sind sie sich einig? Diese Informationen sind für die Interpretation von grosser Bedeutung (Meuser & Nagel, 2002, 87-88).

Der letzte Schritt in der Auswertung folgt nur in Anlehnung an Meuser & Nagel. Wir setzen die Expertenaussagen in Bezug zu den theoretischen Konzepten und den präventiven Handlungsansätzen aus Deutschland und der Schweiz. Dabei werden diejenigen Aussagen, welche nicht in Bezug gesetzt werden können, erst im Fazit aufgenommen und diskutiert.

#### 10.4 Prozessbeschreibung

Bevor wir mit der Suche nach Experten zur Thematik beginnen konnten, klärten wir durch elektronische und telefonische Recherchen ab, welche Gruppen für Kinder psychisch kranker Eltern in der Deutschschweizer Grossstadt vorhandenen sind. Dies führte uns zu folgenden Organisationen: Erwachsenenpsychiatrie, Erziehungsberatungsstelle, Kinder- und Jugendpsychiatrie. Diese kontaktierten wir telefonisch und per Mail in dem wir kurz unsere Anliegen kundtaten. Mit Experte A der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Poliklinik und mit Expertin B der Erwachsenenpsychiatrie konnten wir nach kurzer Zeit einen Interviewtermin vereinbaren. Etwas schwieriger gestaltet sich die Kontaktaufnahme mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie, welche letztendlich zum Interview mit Expertin C führte. Wir erhielten anfänglich keine Antwort auf unsere Mail-Anfrage, doch bei der telefonischen Nachfrage stellte sich heraus, dass die Mail-Antwort abgeschickt wurde, wir diese aufgrund technischer Probleme nicht erhalten hatten.

Bei den Formulierungen der Fragen haben wir uns an den im Vorfeld erarbeiteten Überlegungen orientiert. Den daraus entstandenen Interviewleitfaden (vgl. Anhang A) haben wir durch kleine Anpassungen auf den jeweiligen Experten zugeschnitten. Wichtig war uns dabei, dass die erste Frage möglichst offen formuliert wurde und wir dadurch einen breiten Einstieg ins Thema erreichen konnten. Zudem legten wir die Interviewdauer auf 30 bis 45 Minuten fest. Wir entschlossen uns bewusst gegen die vorgängige Abgabe des Interviewleitfadens. Die Experten B und C erhielten den Fragebogen jedoch im Vorfeld, da es ihnen als Hilfestellung diente und wir die Durchführung als sehr wichtig erachteten.

Grundsätzlich kann festgehalten werden, dass es bei der Durchführung von Experteninterviews auf die Übung und Erfahrung ankommt. In der vorliegenden Arbeit gestaltete sich die Interviewdurchführung schwieriger, wenn das Gegenüber eher knapp bemessene Zeitressourcen zur Verfügung hatte. Dies wurde von uns als ungünstige Voraussetzung wahrgenommen. Eine weitere Schwierigkeit bestand darin, dass die Experten dem Interviewer ein Stichwort gaben, welches dieser aufzunehmen versuchte und dabei dem Gesprächsverlauf nicht mehr vollumfänglich folgen konnte. Dadurch wurden Fragen, welche erst bei der Transkription auftauchten, während des Interviews nicht gestellt. Auch waren unverbindliche Aussagen schwierig einzuordnen. Zum Zeitpunkt der Durchführung der Interviews hatten wir ausserdem unsere Theorie-Teile noch nicht abgeschlossen und wir waren noch nicht umfänglich mit der Thematik vertraut.

Expertin B führte die Interviewerin im Anschluss an das Gespräch in den Korridor und zeigte ihr verschiedene Datenmaterialien zu gemachten Umfragen. Das Aufnahmegerät zeichnete den Gesprächsverlauf weiterhin auf, jedoch wurde dieser Abschnitt nicht vollumfänglich transkribiert, sondern nur paraphrasiert.

## 10.5 Auswertung der Daten

Die Gruppierungen des thematischen Vergleichs werden in diesem Teil dargestellt. Nach den Überschriften, bei denen wir uns an unserem Interviewleitfaden orientieren, folgen zuerst die Ergebnisse der drei Experteninterviews mit den jeweiligen Gemeinsamkeiten, Unterschieden und Widersprüchen. Besteht eine Verbindung zu unserem Theorieteil sowie den präventiven Handlungsansätzen aus Deutschland und Winterthur (Schweiz), werden diese im Abschnitt, welcher durch einen Absatz gekennzeichneten ist, aufgegriffen und in Bezug zur Theorie gesetzt. Die Aussagen der Experten, welche sich nicht in Beziehung zum theoretischen Teil oder der präventiven Handlungsansätze setzen lassen, werden erst im Fazit zur Auswertung der Daten aufgegriffen.

Bei unseren Experteninterviews steht die Vergleichbarkeit nicht im Vordergrund. Die Interviews dienten in erster Linie der Informationsgewinnung. Deshalb kann der thematische Vergleich nicht bei allen Bereichen gleichermassen stattfinden, da wir drei unterschiedliche Angebote untersuchen, die sich nicht in allen Bereichen direkt vergleichen lassen, sondern lediglich in einzelnen Aspekten.

### Entstehung und Initiierung der Angebote

Die Aufgabe von Experte A besteht darin, Themen für die Gruppenangebote zu identifizieren. So kam es vor zehn Jahren zur Initiierung der *Therapiegruppe für Kinder*. Diese Therapiegruppe wurde anfangs durch A geführt bis er anschliessend seine Mitarbeitenden anhand eines selbstangefertigten Skriptes ausbildete und diese Aufgabe delegierte.

1996 hat Expertin B die *Infogruppe für Patientinnen und Patienten mit minderjährigen Kindern*<sup>21</sup> gegründet. Dabei führten die persönliche Betroffenheit durch ein Erlebnis im privaten Rahmen und die Ungewissheit des interdisziplinären Teams, ob Patienten im stationären Setting Kinder haben, zur Initiierung der Gruppe.

Die Initiative zur Gründung der *Gruppe psychisch belasteter Eltern* wurde gemäss Expertin C vom Direktor der Kinder- und Jugendpsychiatrie<sup>22</sup> ergriffen. Dem voraus ging eine Studie zur Erhebung der psychosozialen Situation. Expertin C hat durch ihre Arbeit mit erwachsenen Patienten erfahren wie belastend das Zusammenleben mit einem psychisch kranken Elternteil sein kann.

Zwei der untersuchten Angeboten sind der KJPD angegliedert und indirekt auch durch diese initiiert worden. Lediglich das Angebot an Standort B ist der Erwachsenenpsychiatrie zuzuordnen. Laut Expertin C könnte dieser Umstand darauf zurückgeführt werden, dass die KJPD häufig mit Kindern von psychisch kranken Eltern konfrontiert ist. Es wurden bereits

---

<sup>21</sup> Der Einfachheit halber wird diese Gruppe künftig *Infogruppe für Patienten* genannt.

<sup>22</sup> Der Einfachheit halber wird die Kinder- und Jugendpsychiatrie künftig KJPD genannt.

zahlreiche Studien durchgeführt, welche ein erhöhtes Risiko einer eigenen Erkrankung für Kinder psychisch kranker Eltern belegen und die KJPD verfügt möglicherweise diesbezüglich über einen Wissensvorsprung gegenüber der Erwachsenenpsychiatrie, da sie sich näher an der Forschung für Kinder und Jugendliche befindet. Dieses Wissen hat vielleicht zu einer Sensibilisierung der Fachpersonen beigetragen. Zudem kann sich die Expertin C vorstellen, dass sich die Fachpersonen der Erwachsenenpsychiatrie im Umgang mit Kindern unsicher fühlen und letztendlich bei diesen Fachpersonen der erwachsene Patient im Fokus steht.

In den letzten Jahren wurden verschiedene Studien publiziert, welche belegen, dass bei Kindern mit psychisch kranken Eltern ein erhöhtes Risiko besteht später selbst zu erkranken (vgl. Kapitel 3.1 und Kapitel 5). Dieses Wissen hat zur Initiierung von Angeboten für Kinder psychisch kranker Eltern geführt. Auch die persönliche Betroffenheit zur Thematik kann wie die Initiative *Netz und Boden* zeigt (vgl. Kapitel 8.2) zur Initiierung von Projekten beitragen.

### **Entwicklung und Optimierung der Angebote**

Gemäss Experte A hat sich die *Therapiegruppe für Kinder* im Raum der Deutschschweizer Grossstadt bereits etabliert. Anfangs hat Experte A die Gruppe selbst durchgeführt, anschliessend wurde die Gruppenleitung delegiert. A sieht in der Sensibilisierung der Fachkräfte gegenüber der Situation der Kinder Optimierungsbedarf. Er hält diesbezüglich fest, dass einige Fachpersonen beim Klinikeintritt das Umfeld des stationär behandelnden Patienten mit einbeziehen. Andere hingegen fokussieren den Patienten ohne Berücksichtigung seines Umfeldes. Stark zum Ausdruck kommt diese Sichtweise bei der Aussage des Experten A, dass Angebote vorhanden sind, der Bedarf aber hauptsächlich auf der Ebene der Sensibilisierung anzusiedeln ist.

Zuerst war die Arbeit von B auf die stationäre Erwachsenenpsychiatrie beschränkt, dann schlug der Direktor der KJPD eine klinikübergreifende Durchführung des Angebotes vor, welche auch umgesetzt wurde. Später entschied sich die KJPD das Angebot im ambulanten Setting und innerhalb von sechs Modulen anzubieten.

Ein weiterer Teil des stationären Angebotes am Standort B stellt das Spielzimmer dar, in welchem hospitalisierte Elternteile Zeit mit ihren Kindern verbringen können. Dieses Angebot kennen alle, welche mit den Patienten arbeiten. Um das Spielzimmer benützen zu können muss beim Empfang der Schlüssel abgeholt werden. Dieses Angebot wird nicht benutzt. Mit der KITA am Standort B bestand früher ein Abkommen, dass sich die Eltern mit ihren Kindern dort treffen können, doch auch für dieses Angebot gab es keine Nachfrage.

Die *Infogruppe für Patienten* steht im Pflichtenheft von Expertin B und dadurch ist die Durchführung an ihre Person gebunden. Falls Expertin B nicht mehr über ausreichend Kapazität verfügt, würde die Gruppe womöglich nicht weitergeführt werden. Aktuell werden

im Alltag der Psychiatrieklinik andere Prioritäten gesetzt und die Arbeit von B findet nicht mehr aktiv nach aussen statt. Expertin B erachtet es aber als wichtig, dass ein niederschwelliges Angebot besteht und die Thematik institutionalisiert ist. Die Informationsvermittlung bezüglich des Krankheitsbildes und die Suche nach Hilfen für die Kinder werden nach Expertin B als fundamentale Themen erachtet.

Expertin C sagt, dass durch die *Gruppe psychisch belasteter Eltern* eine Entlastung für die Mitarbeitenden am Standort C festgestellt wurde. Die *Gruppe psychisch belasteter Eltern* entstand aus der *Infogruppe für Patienten* und bietet im Gegensatz zu dieser ein Konzept mit rotem Faden an. Die Weiterführung dieser Gruppe ist noch nicht klar. Ursprünglich wurde die Studie auf Ende 2011 terminiert. C fände es schade, wenn das Studienende auch das Ende des Projektes bedeuten würde. Einen weiteren Schritt sieht Expertin C in der Parallelführung von Eltern- und Kindergruppen. Dabei kämen Kinder und Eltern zur selben Zeit in unterschiedliche Gruppen und durch den spielerischen Zugang zur Thematik könnten die Kinder darüber sprechen und das Gefühl erleben, dass nicht nur sie von der Thematik betroffen sind. Dabei stellt sich die Frage der Kostenübernahme.

Die systemische Betrachtungsweise (vgl. Kapitel 2.3) findet in den Kliniken noch nicht in umfassender Weise statt. Dadurch kann das Potential des systemischen Ansatzes, welches in der Erschliessung, Nutzung und Verankerung von Ressourcen innerhalb und ausserhalb der Familie liegt, noch nicht vollumfänglich umgesetzt werden. Dies hat zur Folge, dass in der Erwachsenenpsychiatrie weiterhin der Patient im Hauptfokus der Arbeit steht. Erste Tendenzen der Erwachsenenpsychiatrie, welche sich an der systemischen Betrachtungsweise orientieren, sind jedoch bereits feststellbar. Auch die präventiven Ansätze auf der Familienebene (vgl. Kapitel 8.1.4) gehen davon aus, dass ein familiäres Verständnis für die Erkrankung nur durch eine systemische Betrachtung der Familie und den dazu gehörenden wechselseitigen Beziehungen zwischen den einzelnen Mitgliedern erreicht werden kann.

Die Wichtigkeit der Sensibilisierung der Professionellen anhand von Schulungen und Weiterbildungen wurde bereits aufgrund von wissenschaftlichen Evaluierungen festgehalten (vgl. Kapitel 9.1).

Die Prävention im stationären Setting hat zum Ziel längere Trennungen von Eltern und Kind zu vermeiden und den Kindern eine möglichst strukturierte, entspannte Umgebung anzubieten, in der sie sich sicher und wohl fühlen (vgl. Kapitel 8.1.2.2). Das vorhandene Spielzimmer in der stationären Erwachsenenpsychiatrie ist ein Angebot, welches dies ermöglichen soll. Jedoch wird es von den Patienten nicht benutzt. Auch mit dem ehemals vorhandenen KITA-Angebot auf dem Areal der Erwachsenenpsychiatrie war die Möglichkeit

vorhanden, während des stationären Aufenthalts der Eltern die Eltern-Kind Beziehung zu fördern.

### **Erfassung der Betroffenen und Zuweisung zu den Angeboten**

Die Zuweisungen zur *Therapiegruppe für Kinder* mit psychisch kranken Eltern erfolgt von den Erziehungsberatungsstellen, den freischaffenden Psychiatern und den Kliniken. Tabuisierte Themen wie beispielsweise psychische Krankheiten erfordern viel Ausdauer bis die betroffenen Kinder erreicht werden können. Der erste Schritt ist der telefonische Kontakt, anschliessend folgt eine Abklärung zur Eignung für die Gruppentherapie und eine erste „Schnupper-Teilnahme“. Daraufhin wird über die Teilnahme entschieden. In der *Therapiegruppe für Kinder* nehmen die Kinder im Vergleich zu anderen Gruppenangeboten viel länger am Gruppenprozess teil, da es häufig um sehr dramatische Familiensituationen geht. Diese Kinder haben teilweise unlösbare Probleme und die Gruppe erfährt dadurch eine grosse Bedeutung. Auch hat ein Grossteil der Eltern, deren Kinder an der Gruppe teilnehmen, bereits einen Klinikaufenthalt hinter sich.

Die Experten A und C sind sich einig, dass die Sensibilisierung fundamental für die Erreichbarkeit der Kinder ist. Besteht eine Sensibilisierung für psychische Erkrankungen in der sozialen Umgebung werden Kinder besser erreicht. Dazu braucht es einen Tabubruch gegenüber der psychischen Erkrankung der Eltern. Expertin C weist darauf hin, dass an den interdisziplinären Rapporten stets auf die Wichtigkeit der Thematik hingewiesen wird und die Professionellen dadurch für die Thematik sensibilisiert werden. Auch Expertin B erachtet das interdisziplinäre Team als wesentlich. Die Motivation der Patienten für die Teilnahme an der Infogruppe ist stark von den Ärzten und der Pflege sowie deren Einstellung zur Thematik abhängig.

Gemäss Experte A werden viele Kinder nicht erreicht. Eine Ursache dafür sieht A in den fehlenden Abklärungen über das Vorhandensein von Kindern. In der Psychiatrie ist die Sensibilisierung gegenüber der Thematik unterschiedlich. Die systemische Sichtweise, welche die Umwelt des Patienten in die Behandlung einbezieht, wird nicht überall praktiziert und es wird noch Sensibilisierungsarbeit benötigt. Zudem hält A fest, dass die Kinder psychisch kranker Eltern in der Erwachsenenpsychiatrie häufig nicht thematisiert werden. Aus diesem Grund bedarf es für A noch an Aufklärungsarbeit für die Professionellen in den Kliniken.

Auch Expertin B bestätigt, dass in der stationären Behandlung der Erwachsenenpsychiatrie Schwierigkeiten bestehen bei der Abklärung, ob Patienten Kinder haben. Im Aufnahmeprotokoll gibt es keine Frage, welche diese Sachlage explizit abklärt, und es wird nur nach den Bezugspersonen oder den Angehörigen gefragt, wobei dies die Kinder nicht mit einschliesst. Eine explizite Frage nach dem Vorhandensein von minderjährigen Kindern

fehlt. Der Direktor der KJPD und der stellvertretende Direktor der Erwachsenenpsychiatrie setzten sich für eine Veränderung im Aufnahmeprotokoll ein. Aus unerfindlichen Gründen konnte dies bis jetzt von Seiten der Informatik nicht umgesetzt werden.

Am Standort B erfolgt die Zuweisung zur Infogruppe durch wöchentliche telefonische Abklärungen mit den jeweiligen Stationen, ob interessierte Patienten vorhanden sind. Durch die Kurzaufenthalte in der Klinik ist die Zeit für die Arbeit mit den Patienten sehr knapp. Eine Idee von B wäre das Obligatorium eines einmaligen Schnupperns in der Infogruppe. Da dies nicht realisierbar ist, sollten alle Patienten einen Flyer der Infogruppe erhalten. Diese liegen auf den Stationen auf, gehen aber häufig vergessen.

Die Sensibilisierung und die Informierung der Eltern erfolgt gemäss A indirekt. Psychisch kranke Eltern melden sich nach seiner Erfahrung nicht selbst. Als Gründe dafür erachtete er die schwierige Situation, in welcher sich die Eltern befinden. Durch eine zusätzlich fehlende Krankheitseinsicht, wird das Verhalten irrational. Damit sich Kinder und Jugendliche selber melden können, braucht es in einem ersten Schritt die Erkenntnis und das Wissen, um die Krankheit der Eltern. Diese Erkenntnis zu erlangen ist ein grosser Schritt für Kinder und Jugendliche. Kinder wollen in der Regel eher die Familie schützen, während sich Jugendliche mehrheitlich selber melden. Schwierig zu erreichen sind nach Expertin C Kinder mit internalisierenden Störungen, da sie häufig unauffällig, pflegeleicht und parentifiziert sind. Befinden sich die Eltern noch nicht im klinischen Kontext kann diesbezüglich die Schule eine wichtige Rolle einnehmen und weitere Schritte einleiten, wenn ein Kind traurig oder zurückgezogen ist.

Einzig am Standort der Expertin C wurde bei der Studie eine Vollerhebung gemacht. Für die Erstgespräche erhielten die Assistenzärzte ein Formular und eruierten, ob Patienten Kinder haben und Interesse an einem Beratungsgespräch besteht. Alle Ärzte wurden dabei erfasst, und mit Basisdokumenten ausgestattet. So erfolgte eine systematische Erfassung. Expertin C erachtet eine systematische Einführung bei der Erfassung und der Weiterleitung an das entsprechende Angebot als fixer Bestandteil bei der Aufnahme der Patienten als gut, denn die Frage nach den Kindern muss gestellt werden. Es ist aber nicht klar, ob diese Erfassung nach der Studie weitergeführt wird.

Tabuisierung, Stigmatisierung, Loyalitätskonflikte und Schuldgefühle stellen eine schwerwiegende Problematik bei der Erfassung der Betroffenen dar (vgl. Kapitel 3). Es wird darauf hingewiesen, dass psychische Krankheitsbilder bis heute mit Stigmatisierung verbunden sind und im Gegensatz dazu den somatischen Beschwerden mit mehr Verständnis begegnet wird. Dabei wird ausgeführt, dass die Tabuisierung von psychischen Erkrankungen auf verschiedenen Ebenen stattfindet. Die subjektive Verleugnung beinhaltet die fehlende Krankheitseinsicht von Mutter oder Vater. Die innerfamilialen

Verleugnungstendenzen sind für Kinder eine grosse Last, da diese sicherstellen, dass über die Krankheit nicht gesprochen werden darf. Dazu kommt das Kommunikationsverbot gegen aussen, welches eine ausserfamiliäre Thematisierung der Krankheit verunmöglicht und die Krankheit zum Familiengeheimnis macht. Die Erfassung der Kinder ist dadurch sehr schwierig und auch die Eltern können nicht unterstützt werden, da die Krankheitseinsicht fehlt und eine Ausserorientierung vermieden wird (vgl. Kapitel 3.2.1). Der Loyalitätskonflikt zeigt auf, wie die Kinder und ihre Emotionen, welche sie gegenüber ihrer Familie empfinden, in Konflikt zueinander stehen (vgl. Kapitel 3.2.2). Einerseits existiert der Wunsch, dass die Familie zusammenhält und andererseits möchten sie dieser unerträglichen Situation entfliehen. Diese ambivalenten Gefühle erschweren die Annahme von Hilfe stark.

Für die Erfassung und Zuweisung der Kinder stellten wissenschaftliche Evaluierungen fest, dass die Sensibilisierung der Öffentlichkeit und insbesondere die Schulung und Weiterbildung der Fachkräfte wesentlich ist (vgl. Kapitel 9.1).

Im Projekt KIPKEL erfolgt die erste Kontaktaufnahme mit den Eltern im stationären Bereich. Das heisst, dass bei jeder Aufnahme nach Kindern, deren Alter und deren Versorgung während des Klinikaufenthaltes gefragt wird. Daraufhin werden die Patienten auf das Angebot vom Projekt hingewiesen (vgl. Kapitel 8.1.2.1). Die beiden Initianten des Projektes Hipp und Staets haben die Erfahrung gemacht, dass gerade in den akuten Phasen eine grösserer Bereitschaft seitens der Familie vorhanden ist etwas an ihrer Situation zu ändern (vgl. Kapitel 1).

### **Arbeitsweisen in den Gruppen**

Die *Therapiegruppe für Kinder* siedelt Experte A zwischen Therapie und Selbsthilfegruppe an. Es kommen hauptsächlich indirekte Methoden zum Einsatz, weil die Kinder dadurch einfacher über das Erlebte sprechen können. Durch die Geschichten werden verschiedene Thematiken angesprochen und die Kinder können selbst entscheiden, ob sie ihre Themen einbringen wollen. Eine sorgfältige Vorgehensweise ist diesbezüglich sehr wichtig.

Bezüglich der kindlichen Aufklärung über die Krankheitsbilder bestehen unterschiedliche Standpunkte seitens der Experten. Experte A erachtet es als weniger wichtig die Kinder über die Erkrankungen der Eltern zu informieren, da dies in der Regel nicht viel bringt. Bei den Jugendlichen lässt sich das eher verwirklichen, doch die jüngeren Kinder brauchen ihre Mutter oder ihren Vater. Es soll situativ entschieden werden wie die Aufklärung erfolgt. Für Expertin B hingegen ist eine offene Information der Kinder über das Krankheitsbild ein wichtiges Ziel. Im Idealfall erfolgt dies durch die Eltern. B bietet auch an, die Krankheitsbilder mit den Kindern anzuschauen. Expertin C erachtet es als sehr wichtig, dass keine Tabuisierung in Bezug auf die Erkrankung stattfindet. Dazu gehört, dass über die Erkrankung mit der verbundenen Symptomatik und das Auftreten der Krankheit zu verschiedenen



Zeitpunkte gesprochen wird. Die Informationsvermittlung spielt dabei eine wesentliche Rolle, damit die Kinder die Schuld nicht bei sich suchen.

Gemäss Expertin B erfolgt der Ablauf der *Infogruppe für Patienten* sehr unterschiedlich. Aufgrund der geringen Nachfrage wird aus dem Gruppensetting häufig auch ein Einzelsetting. Dabei steht der Patient im Zentrum und es werden zentrale Fragen zum Elternsein und Kindsein gemeinsam bearbeitet. Aktuell ist eine Frau in der Infogruppe, welche das Einzelsetting sehr geniesst und davon profitiert. Expertin C gibt an, dass bei der *Infogruppe für Patienten* am Standort B im Gegensatz zur *Gruppe psychisch belasteter Eltern* nicht nach einem festen Konzept vorgegangen wird. Es ist eher eine freie Gruppe, in welcher Informationen ausgetauscht werden. Die Eltern sind im stationären Setting häufig noch in der Akutphase und die Teilnahme an den sechs Modulen (siehe übernächster Abschnitt) würde eine Überforderung darstellen. Am Standort C kann mit den Patienten eine Kontinuität aufgebaut werden. Daraus entstand die Idee, eine Elterngruppe mit einem klaren Konzept anzubieten und die *Gruppe psychisch belasteter Eltern* wurde in sechs Module unterteilt.

Für die Expertinnen B und C ist klar, dass es wichtig ist die Eltern umfassend zu informieren. B hält dabei fest, dass die Eltern ermutigt werden müssen, Hilfe von aussen anzunehmen. Dies geschieht, indem die Eltern über die Angebote des Kantons wie Erziehungsberatungsstellen und Soziale Dienste informiert werden. Dies kann den Druck vermindern und die Eltern entlasten. Ermutigung und Stärkung spielen dabei eine wichtige Rolle. C erachtet die Informationsvermittlung als sehr zentral. Die Eltern erfahren, welche Bedürfnisse ihre Kinder haben und werden sensibilisiert. Wichtig ist, dass die Eltern ausreichend Raum für ihre eigenen Anliegen haben und sich mit den anderen Betroffenen austauschen können. Die Eltern dürfen nicht beschuldigt oder angeprangert werden, und es soll eine Sensibilisierung ohne Wertung erfolgen. Diese Arbeitsweise ist oft eine Gratwanderung.

In der *Gruppe psychisch belasteter Eltern* lernen sich die Patienten im ersten Modul kennen und es wird das biopsychosoziale Modell im Bezug auf die Kinder erklärt, um die positiven und negativen Faktoren für Widerstandskraft und Verletzlichkeit zu erläutern. Im zweiten Modul stehen die Entwicklungsaufgaben der Kinder im Zentrum. Dabei werden die kindlichen Bedürfnisse den verschiedenen Lebensphasen zugeordnet. Das dritte Modul widmet sich der Resilienz und dem Coping. Dabei wird darauf aufmerksam gemacht, wie die Eltern unterstützend wirken können und dass es eine Kompetenz und keine Schwäche ist, Hilfe von aussen anzunehmen beispielsweise durch Grosseltern oder Tagesmütter. Ein weiteres wichtiges Element stellt der Notfallplan dar. Die Kinder müssen wissen, an wen sie sich im Notfall wenden können und dies muss im Voraus mit den Kindern besprochen werden. Anhand von Netzwerkkarten werden die Beziehungsnetze der Eltern und der Kinder

aufgezeigt. Dadurch wird sichtbar, inwiefern soziale Kontakte vorhanden sind. Das sechste Modul stellt eine Wiederholung der Kursinhalte dar.

Nach Lenz ist eine altersentsprechende und entwicklungsadäquate Informationsvermittlung betreffend der elterlichen Erkrankung sowie der Art und Weise des Umgangs mit der Erkrankung in der Familie ein Schutzfaktor für das Kind (vgl. Kapitel 5.2.5). Zentral dabei ist, die Bedürfnisse der Kinder wahrzunehmen und bei ihren Fragen und Erklärungsmustern anzusetzen um sie im Umgang mit den alltäglichen Belastungen zu befähigen. Dabei sollen die Gefühle der Beeinflussbarkeit, der Kontrolle und der Selbstwirksamkeit – also das Kohärenzgefühl – entdeckt und gefördert werden (vgl. Kapitel 5.2.1). Dadurch können die Kinder positive Zukunftserwartungen und eigene Lebensperspektiven entwickeln und entdecken neue Wege wie auch Handlungsspielräume. Durch offene Kommunikation und Umgang mit der Krankheit kann die Entstehung von Schuldgefühlen bei den Kindern vermindert und die Tabuisierung geschwächt werden (vgl. Kapitel 8.1.2.1 und Kapitel 4.3). Dadurch, dass die Eltern über die Bedürfnisse ihrer Kinder informiert werden, können sie auch besser auf diese eingehen und negative Auswirkungen auf deren Entwicklung verhindern (vgl. Kapitel 4).

### **Informationsvermittlung bezüglich der Angebote**

A betont, dass es nach der Gründung eines neuen Angebotes eine gewisse Zeit braucht bis die ersten Anmeldungen kommen. Bei der Gründung der *Therapiegruppe für Kinder* wurde mittels Flyer informiert, diese Informationsvermittlung erfolgte aber nicht direkt bei den Eltern sondern bei Fachpersonen. A und seine Mitarbeitenden klärten Fachpersonen auf, indem das Projekt vor Ort vorgestellt wurde. Aktuell erfolgt die Information von Fachpersonen über den Beginn der Gruppenangebote und deren Inhalte regelmässig via Rundmail. Im Verteiler dieser Mails sind Schulsozialarbeitende und teilweise auch Psychiater, Kinderärzte und Psychotherapeuten. A veranstaltete auch Informationsanlässe, die aber nicht besucht wurden. Der Austausch zwischen den Fachpersonen kann auch an anderen Anlässen stattfinden. Die *Gruppe Kinder psychisch belasteter Eltern* ist an die Kinder- und Jugendpsychiatrische Poliklinik und an die Erziehungsberatungsstelle angegliedert. Dadurch ergibt sich eine gute Vernetzung mit der Schulsozialarbeit, die Kinder auf einer niederschweligen Ebene erreicht und die Angebote der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Poliklinik und der Erziehungsberatungsstelle den Kindern bei Bedarf empfehlen kann.

Im stationären Bereich am Standort B werden die interdisziplinären Teams und die Patienten mittels neugestaltetem Flyer informiert. Das Ziel dabei ist, eine niederschwellige Information zu den Angeboten und der Rolle der Eltern zu vermitteln. Ebenfalls besteht eine Informationsvermittlung zur *Infogruppe für Patienten* via Homepage und Intranet. Die Flyer

für die Patienten liegen auf den Stationen auf. B betont die Wichtigkeit der Vernetzung mit anderen Angeboten.

Gemäss Expertin C ist eine umfassende Vermittlung von Informationen in der Anfangsphase eines Angebotes sehr wertvoll. Fachpersonen am Standort C wurden mittels Reminder und an den Rapporten darauf aufmerksam gemacht. Dies ergab eine grosse Sensibilisierung und führte zu spontanen Anfragen. Im stationären Bereich am Standort B fehlt diese Art der Informationsvermittlung für die Fachpersonen. Standort C profitiert weiter von der Vermittlung der Expertin B. Die Expertin B rekrutiert im stationären Bereich Patienten für die *Gruppe psychisch belasteter Eltern* im ambulanten Bereich und vermittelt sie in dieses Angebot. Wie für die *Therapiegruppe für Kinder* wird auch für die *Gruppe psychisch belasteter Eltern* mittels Flyer und Mails auf das Gruppenangebot aufmerksam gemacht. Im Mailverteiler für die *Gruppe psychisch belasteter Eltern* sind aber nicht nur einige ausgewählte Psychiater, sondern alle in der Grossstadt niedergelassenen Erwachsenen- und Kinderpsychiater mit einer eigenen Praxis aufgeführt. Es ist wichtig präsent zu sein und das Angebot in Erinnerung zu rufen. Das Ziel wäre gewesen, allen niedergelassenen Erwachsenen- und Kinderpsychiatern sechs Flyer zu schicken, was aber aus finanziellen Gründen nicht erreicht werden konnte. Nun erhalten die Patienten am Standort C einen Flyer.

Bei sämtlichen Angeboten erfolgt die Informationsvermittlung mittels Flyer, wobei die Art und Weise der Abgabe unterschiedlich ist. Beim Angebot am Standort A und C erfolgt zudem die Information ausgewählter externer Fachpersonen via Rundmails. Die Zusammenarbeit mit externen Fachpersonen ist bei der *Infogruppe für Patienten* am Standort B weniger relevant, weshalb eine Aussenorientierung nicht erfolgt.

Schriftliche Informationsschreiben (elektronisch oder gedruckt) spielen bei allen drei Experten eine wesentliche Rolle. Die Weitergabe von Informationsmaterial kann, wie die fallübergreifende Prävention zeigt, zur Bekanntmachung, Sensibilisierung und Informierung potentieller Unterstützer von betroffenen Kindern beitragen und ist ein Teil der Öffentlichkeitsarbeit (vgl. Kapitel 8.2).

### **Zusammenarbeit intern/extern und Vernetzung**

Am Standort A gibt es hauptsächlich kleinere Zusammenarbeit. Umfangreiche Zusammenarbeiten mit allen Involvierten finden nur statt, wenn es für das Kind notwendig ist. Wichtiger als die Zusammenarbeit ist das Wissen, welche Person die Hauptverantwortung hat und somit Ansprechperson ist. Gegen aussen bestehen ansonsten Vernetzungen bezüglich der Informationsvermittlung über das Gruppenangebot und eine gute Zusammenarbeit mit der Schulsozialarbeit. In der Poliklinik intern gibt es für Kinder die

Möglichkeit eine Einzeltherapie zu besuchen oder gemeinsam mit den Eltern und den Geschwistern eine Familientherapie zu machen. A ist sich nicht sicher ob diese Vernetzung geschieht, er geht davon aus, dass sie gemacht wird.

Die Wichtigkeit der Zusammenarbeit wird vor allem von den Expertinnen B und C betont. Für Kinder ist eine gute Vernetzung sehr wichtig. Auch Eltern sollen bestärkt werden Hilfe anzunehmen. In der *Infogruppe für Patienten* am Standort B besteht das Ziel, Ängste der Eltern abzubauen und diese dadurch für Hilfsangebote empfänglich zu machen. B erachtet auch die Weitervernetzung zu Tageskliniken als sehr wertvoll, da die stationären Aufenthalte häufig kurz sind. Am Standort C findet vereinzelt eine Vernetzung mit der Erziehungsberatung, mit psychologischen Diensten, KITAs, Notfallplätzen und der KJPD statt. Insbesondere die Zusammenarbeit mit der Erziehungsberatung erachtet Experte B als äusserst grundlegend. Die Zusammenarbeit mit den KITAs und den Notfallplätzen ist schwieriger geworden, da lange Wartezeiten bestehen.

Am Standort C funktioniert die interne Zusammenarbeit sehr gut, es besteht eine grosse Sensibilisierung, und das Angebot kam in einer Gemeinschaftsproduktion zustande. Zudem erfolgte durch das Projekt und das damit initiierte Angebot eine Entlastung der Fachpersonen bei der Betreuung der Patienten. Fachpersonen melden sich ihrerseits ohne Aufforderung bei den Gruppenleitenden für die Vernetzung von Patienten zum Gruppenangebot. Für die Vernetzung von Patienten mit externen Angeboten und Stellen wird am Standort C eine Liste mit den verschiedenen Hilfsangeboten abgegeben, wie Erziehungsberatungen, Hütedienste, Kinderspitex, Kindernotaufnahmegruppen, Angebote zur Förderung der Kinder im Vorschulalter, Spital, Notfall, Familientreffs oder freiwillige Beistandschaften als Unterstützung für die Eltern. Zur Vernetzung der Eltern ist es wichtig, dass diese über entsprechende Adressen verfügen. Standort C arbeitet mit der Erziehungsberatungsstelle am Standort A und der Erwachsenenpsychiatrie am Standort B zusammen. Betont wird insbesondere die wertvolle Zusammenarbeit mit der Expertin am Standort B, die Patienten des stationären Bereichs mit dem ambulanten Angebot am Standort C vernetzt. Patienten vom Standort B können beim Austritt aus der Klinik die Elterngruppe am Standort C besuchen. Die Zusammenarbeit zwischen Standort B und Standort C findet vor allem auf der Ebene der Vernetzung der Patienten statt. Gemeinsame Sitzungen oder fachlicher Austausch werden nicht durchgeführt.

Experte C sieht in der Vernetzung grossen Handlungsbedarf, insbesondere auch für die Eltern. Auf nationaler Ebene haben C und ihre Mitarbeitenden drei Anfragen von anderen Psychiatriekliniken erhalten um sich auszutauschen und neue Inputs zu erhalten, wie ein Angebot aufgebaut werden könnte. Diese Kliniken sind auch an einem Angebot für psychisch belastete Eltern interessiert.

Der Vernetzung mit Entlastungsangeboten und der Weitervernetzung nach einem stationären Aufenthalt der Eltern kommt auch aus theoretischer Perspektive eine grosse Bedeutung zu. Bedingt durch die Entwicklung zur gemeindenahen Psychiatrie nimmt das soziale Umfeld einer psychisch kranken Person in der Behandlung und Betreuung einen immer grösseren Stellenwert ein und ist dadurch unter Umständen grossen Belastungen ausgesetzt (vgl. Kapitel 2.2). Für das Umfeld wie auch für den betroffenen Elternteil ist es daher von grosser Wichtigkeit, über Listen respektive Adressen für Entlastungs- oder Unterstützungsangebote zu verfügen, damit eine Entlastung stattfinden kann. Gelingt es Eltern in belastenden Situationen aktiv Hilfe und Unterstützung anzunehmen, hat das auch positive Auswirkungen auf die Kinder. Sie können von den Eltern angemessene Bewältigungsstrategien im Umgang mit herausfordernden Situationen erlernen, um in solchen ebenfalls Handlungsmöglichkeiten zu haben. Damit Eltern vernetzt werden können, braucht es häufig eine Sensibilisierung, und die Ängste der Eltern müssen abgebaut werden. Auch heute noch sind in der Gesellschaft psychische Erkrankungen tabuisiert und Betroffene können Stigmatisierungen ausgesetzt sein (vgl. Kapitel 3.2.1), wodurch diese Ängste und die von Fachpersonen erforderliche Sensibilisierung erklärt werden können.

Durch Vernetzung der Eltern und der Kinder können auch die sozialen Schutzfaktoren der Kinder gestärkt werden. Sind sie beispielsweise in eine KITA eingebunden, haben sie wichtige Beziehungen zu Gleichaltrigen und die belasteten Eltern erfahren eine Entlastung in ihrem Alltag. Neben den Beziehungen zu den Familienmitgliedern oder aussenstehenden Erwachsenen sind für Kinder Kontakte zu Peers zentral (vgl. Kapitel 5.2.3). Eine mögliche Bewältigungsstrategie für Kinder in Belastungssituationen ist der Aufbau eines hilfreichen sozialen Netzwerks, welches zur eigenen Unterstützung herangezogen wird (vgl. Kapitel 6.3). Dabei kann die Vernetzung mit Fachpersonen und Unterstützungsangeboten eine wichtige Rolle spielen.

### **Nachfrage**

Gemäss Experte A besteht ein Bedürfnis für die Teilnahme an der *Therapiegruppe für Kinder*, da die Gruppe besucht wird.

Im stationären Bereich ist die Nachfrage für die *Infogruppe für Patienten* je nach Station unterschiedlich. Grundsätzlich ist in der Psychatrieklinik ein Interesse vorhanden. Dies wurde beispielsweise ersichtlich, als sich während den halbjährigen Umbauarbeiten Personen anmeldeten, die Gruppen jedoch nicht durchgeführt werden konnten. Das Bedürfnis für das Gruppenangebot ist jedoch schwankend. Die Teilnahme an der Gruppe ist stark vom Informationsfluss bezüglich des Angebots und dem Vorhandensein von gruppenfähigen Patienten abhängig. Stark psychotische Patienten können beispielsweise nicht teilnehmen. Die Belastungen der Patienten im stationären Bereich sind häufig zu gross

und die Aufenthaltsdauer zu kurz, um eine Gruppenteilnahme sicherzustellen. Aktuell ist das Bedürfnis nicht vorhanden; zurzeit besucht nur eine Frau die Gruppe. Diese Frau kann dadurch sehr profitieren und genießt das Angebot. So kann häufig die Form des Gruppensettings nicht aufrechterhalten werden und das Angebot wird zum Einzelsetting.

Im Rahmen der Studie am Standort C wurde festgestellt, dass 39% der Eltern ein Beratungsgespräch in Anspruch genommen haben. Es existiert also ein Interesse von Seiten der Eltern. Die Kosten für die Beratungsgespräche wurden während der Studiendauer nicht verrechnet. Damit die Gruppe durchgeführt werden kann sind die Psychologen am Standort C auf eine minimale Teilnehmerzahl von sechs Personen angewiesen, da sonst kein Austausch untereinander stattfindet.

Die stationären Aufenthalte in den Kliniken wurden in den letzten Jahrzehnten stark verkürzt, da eine teilstationäre und ambulante Psychiatrieversorgung angestrebt wird (vgl. Kapitel 2.2). Diese Entwicklung führt dazu, dass in einem eher kurzen Zeitraum versucht wird, ein Behandlungskonzept verbunden mit einer umfassenden Nachsorge zu installieren. Im Fokus liegt dabei die Behandlung des Patienten. Durch die kürzeren Aufenthalte in den Kliniken stehen die Professionellen bei der Behandlung der Patienten unter einem erhöhten Druck und schnelles Handeln ist erforderlich. So werden nur die dringlichsten Probleme bearbeitet und die Situation der Kinder und deren Befinden stehen in der kurzen Behandlungszeit nicht im Vordergrund (vgl. Kapitel 2.3). Durch die kürzeren Aufenthalte ist die Arbeit in der Erwachsenenpsychiatrie hauptsächlich auf den Patienten ausgerichtet und sobald es diesem besser geht, wird eine Entlassung angestrebt.

### **Alltagsbelastungen und Bedürfnisse der Kinder**

Die drei Experten sind sich einig, dass die Parentifizierung eine schwerwiegende Problematik darstellt. Experte A gibt an, dass die Kinder Dinge übernehmen, welche nicht ihrem Alter entsprechen und dies zu einer Überbelastung führt. Für Expertin B ist klar, dass die Kinder nicht die Erwachsenenrolle übernehmen dürfen. Durch ihre Arbeit mit erwachsenen Patienten hat Expertin C erfahren, wie belastend das Zusammenleben mit psychisch kranken Eltern sein kann. Im Fokus sieht sie nicht die psychische Erkrankung, viel mehr geht es um deren Auswirkungen, wie beispielsweise die Parentifizierung. Das Kind ist dabei sehr stark auf die Eltern und deren Bedürfnisse ausgerichtet. C spricht von einer Nabelschnur, die auch im Erwachsenenalter besteht und durch welche die Kinder noch immer mit ihren Eltern verbunden sind. Die eigenen Bedürfnisse werden nicht mehr wahrgenommen und anerkannt. Dies kann sich auch auf spätere Partnerschaften auswirken.

Zudem ist für alle Experten klar, dass die Tabuisierung eine weitere Schwierigkeit ist, mit welcher die Betroffenen zu kämpfen haben. Psychisch kranke Eltern zu haben ist in der Gesellschaft mit einem enormen Tabu belegt.

Wie bereits erwähnt, wird gemäss Experte A die *Therapiegruppe für Kinder* permanent geführt, da sich die Kinder häufig in äusserst schwierigen Situationen befinden und der Arbeit in der Gruppe eine grosse Bedeutung zukommt. Die Kinder befinden sich in einem ambivalenten Verhältnis zu ihren Eltern. Die Situation der Kinder ist sehr schwierig, trotzdem wollen sie ihre Beziehung zu den Eltern beibehalten. Die Schutzserklärungen der Kinder müssen dabei respektiert werden.

Expertin B spricht sich klar für eine Entlastung der Eltern aus. Sie geht davon aus, dass es bereits eine grundsätzliche Belastung für die Eltern darstellt, wenn Zuhause pubertierende Teenager oder schreiende Kleinkinder leben. Durch die eigenen psychischen Probleme ist dies schwerer zu ertragen und die Schwierigkeiten werden unter den Tisch gekehrt, was weitere Schuldgefühle zur Folge hat. Eine offene Kommunikation wäre wünschenswert. Die Entlastungen finden auf verschiedenen Ebenen statt. Einerseits sollten ausreichend KITA-Plätze vorhanden sein, auf welche im Notfall auch kurzfristig zurückgegriffen werden kann. Im schulischen Bereich könnten Aufgabenhilfen die Eltern entlasten. Dadurch hätten die Eltern wieder die Kraft etwas mit ihren Kindern zu unternehmen. Während des stationären Aufenthaltes wäre es wichtig, dass die Eltern Zeit für sich haben und dadurch eine Entlastung erfahren. Das Gefühl der Eltern, dass sie sich um das Kind kümmern sollten, wird bei den kurzen Aufenthalten vergessen. Zudem brauchen die Kinder gemäss B einen Ort, wo sie ernst genommen werden, Fragen stellen können und kindgerechte Antworten erhalten. Dabei wäre es wichtig, dass negative Gefühle abgebaut werden können.

Für die Expertinnen B und C steht fest, dass Kinder psychisch kranker Eltern Vertrauenspersonen brauchen. Diese zeichnen sich durch langandauernde und zuverlässige Beziehungen zu den Kindern aus. Expertin C erachtet ein gutes soziales Netz, Peers, schulische Fähigkeiten und allgemeine Unterstützung als sehr wesentlich. Das Wissen um Handlungsmöglichkeiten bei einer Verschlechterung des elterlichen Zustandes ist dabei zentral. Dies beinhaltet die Erarbeitung eines Notfallplanes.

Gemäss den Experten sind Kinder starken alltäglichen Belastungen ausgesetzt, insbesondere durch die Parentifizierung und die Tabuisierung der psychischen Erkrankung in der Gesellschaft. Wie im Theorieteil bei den Risikofaktoren (Kapitel 5.1.2) erklärt wird, ist weniger die psychische Erkrankung an und für sich ein Problem, sondern deren unmittelbaren Auswirkungen – die distalen Risikofaktoren – wie beispielsweise die Parentifizierung. Für die Kinder ist es dadurch von grosser Bedeutung, dass sie für sich einen Ort haben, wo Belastungen thematisiert werden können. Dies kann über die

fallbezogene Prävention, insbesondere durch Projekte für Kinder, wie beispielsweise Therapiegruppen, erreicht werden (vgl. Kapitel 8.1. und 8.1.2). Die Experten und die Erfahrungswerte empirischer Auswertungen zeigen, dass die Stärkung und Förderung der Schutzfaktoren wichtige Unterstützungsmöglichkeiten für die Kinder bilden. Insbesondere die Stärkung des sozialen Netzes, den Kontakt zu Peergruppen und eine Vertrauensperson werden von den Experten als fundamental betrachtet. Neben den sozialen Schutzfaktoren erwähnt die Theorie aber auch familienzentrierte und kindzentrierte Schutzfaktoren. Bei den kindzentrierten Schutzfaktoren wird das Kohärenzgefühl (vgl. Kapitel 5.2.1) erwähnt. Also die Wichtigkeit, den Kindern Handlungsmöglichkeiten aufzuzeigen, indem beispielsweise ein Notfallplan ausgearbeitet wird. Dadurch wird das Kohärenzgefühl gestärkt und die Kinder erfahren die Situation als handhabbar und bewältigbar. Das Kohärenzgefühl hat wiederum Auswirkungen auf die Bewältigungsstrategien, indem Situationen in der primären Bewertung eher als Herausforderung und weniger als Bedrohung eingeschätzt werden (vgl. Kapitel 6.1 und 5.2.1).

### **Finanzierung und personelle Ressourcen**

Alle drei Gruppen werden vom Kanton finanziert, wenn auch zu unterschiedlichen Anteilen. Beim stationären Angebot am Standort B ist keine spezifische Finanzierung der *Infogruppe für Patienten* vorhanden. Das Angebot gehört ins Pflichtenheft der Expertin B. Zu Beginn wurde die *Therapiegruppe für Kinder* am Standort A durch eine Stiftung unterstützt. Heute trägt der Kanton vollumfänglich die Kosten. Am Standort C werden die Kosten für die *Gruppe psychisch belasteter Eltern* nur dann vom Kanton getragen, wenn die Eltern nicht in der Lage sind, die Kosten von CHF 60.- zu übernehmen. In diesem Fall kommt ein interner Fonds zum Tragen und somit indirekt der Kanton. Dieser Fonds muss häufig hinzugezogen werden, da die Eltern die verlangten CHF 60.- nicht bezahlen können.

Das Weiterbestehen der *Gruppe psychisch belasteter Eltern* am Standort C ist stark an die finanziellen und personellen Ressourcen gekoppelt. Aktuell sind drei Personen, zwei Psychologinnen und eine betroffene Person an der Durchführung der Gruppe beteiligt. Die Knappheit der finanziellen Ressourcen wurde bereits während der Studie ersichtlich, als für die niedergelassenen Erwachsenen- und Kinderpsychiater keine Flyer gedruckt werden konnten. Am Standort B und C ist gemäss Expertin C die Belastung und der Druck auf den Mitarbeitenden sehr gross, weshalb diese wichtigen Themen leicht vergessen gehen. Auch am Standort B sind die personellen Ressourcen knapp, die Durchführung der Gruppe wurde von B freiwillig in ihr Pflichtenheft genommen, steht und fällt somit mit ihrem Engagement. Hat sie keine Kapazität mehr, würde es die Gruppe womöglich nicht mehr geben. Einzig beim Angebot A der *Therapiegruppe für Kinder* scheint es keine finanziellen und personellen Ressourcenprobleme zu geben.



Das Winterthurer Projekt WIKIP basiert auf vier Säulen, welche Früherkennung und Prävention, Unterstützung und Beratung der Familien, Therapie und Behandlung und als letztes den Kinderschutz beinhalten. Durch diese umfassende Sichtweise gilt es, das langfristige Ziel der Reduktion von Gesundheitskosten zu erreichen und die Lebensqualität der Betroffenen von psychischen Erkrankungen zu steigern (vgl. Kapitel 9.1).

### **Handlungsbedarf und zusätzliche Angebote**

Insbesondere Experte A und Expertin C betonen den Handlungsbedarf und den Bedarf an weiteren Angeboten. A kennt keine anderen Gruppenangebote in der Deutschschweizer Grossstadt. Wobei angefügt werden muss, dass A an anderer Stelle auch erwähnt, dass eigentlich genügend Angebote vorhanden sind, die Sensibilisierung aber das Hauptproblem ist. C betont den grundsätzlichen Handlungsbedarf auf dem Gebiet „Kinder psychisch kranker Eltern“ und diesbezüglich nicht nur bezogen auf die Ausgestaltung der Angebote. Die Auseinandersetzung mit der Thematik ist erst in den Anfängen und insbesondere die Vernetzung, die Information an die Eltern und eine offene Haltung sind fundamental. Wie der Handlungsbedarf konkret aussehen kann, wurde wenig ersichtlich. Einzig B würde beim Eintritt in den stationären Aufenthalt Flyer abgeben und das Angebot des Einzelsettings anbieten. Allenfalls würde B auch Patienten weiternetzen.

Handlungsbedarf sehen die Experten vor allem in der Sensibilisierung, in der Informationsvermittlung, in der Entwicklung einer offenen Haltung und in der Vernetzung. Die vorhandenen Angebote der Deutschschweizer Grossstadt sind alle auf der Ebene der fallbezogenen Prävention anzusiedeln, da es sich um Angebote für Kinder und Eltern handelt. Bei den Expertenaussagen zum Thema Handlungsbedarf und zusätzliche Angebote wird ersichtlich, dass die Ebene der Öffentlichkeitsarbeit und der fallübergreifenden Prävention (vgl. Kapitel 8.2) ein noch auszubauendes Potential beinhaltet. Durch die Sensibilisierung der Öffentlichkeit, der Schulung von Fachpersonen und durch gezielte Kampagnen in Kliniken und bei Fachpersonen könnte dieses Potential ausgeschöpft werden. Die fehlende Sensibilisierung steht auch im Zusammenhang mit der in der Gesellschaft immer noch grösstenteils bestehenden Tabuisierung psychischer Erkrankungen (vgl. Kapitel 3.2.1).

### **10.6 Fazit zur Auswertung der Daten**

In diesem Fazit werden die zentralen Ergebnisse der Auswertung der Daten aufgegriffen und ausgeführt. In Anlehnung an Meuser & Nagel wurde im vorangehenden Kapitel bei der Auswertung der Daten der Theorieteil mit den Expertenaussagen und den präventiven Handlungsansätzen in Bezug gesetzt. Dadurch ergeben sich in diesem Fazit bereits erste

allgemeine Schlussfolgerungen. Auch die Aussagen, bei welchen keine theoretische Fundierung erfolgen konnte, werden in diesem Kapitel aufgenommen.

Die abschliessenden Schlussfolgerungen unter Kapitel 11 werden sich dann konkret auf die Fragestellung beziehen.

Die noch nicht ausreichend vorhandene Sensibilisierung für die Erfassung und Unterstützung von Kindern psychisch kranker Eltern stellt eine zentrale Schwierigkeit dar. Dies lässt sich auf gesellschaftlicher Ebene, innerhalb des interdisziplinären Teams, welches unmittelbar mit psychisch kranken Eltern arbeitet und bei den Betroffenen selbst einordnen. Die bestehende Stigmatisierung von psychisch kranken Menschen in unserer Gesellschaft spielt dabei eine weitreichende Rolle. Um die Sensibilisierung in der Gesellschaft zu fördern und eine offener Haltung zu erreichen, sind fallübergreifende Prävention und Öffentlichkeitsarbeit von grosser Bedeutung. Auch die Wichtigkeit der Sensibilisierung der Professionellen anhand von Schulungen und Weiterbildungen, wurde aufgrund von wissenschaftlichen Evaluationen festgehalten und sollte aus diesem Grund unbedingt gefördert werden. Dies hätte eine erleichterte Erfassung der Betroffenen zur Folge. Die Stigmatisierung führt dazu, dass es für die betroffenen Familien nicht selbstverständlich ist, über die Krankheit offen zu kommunizieren (Tabuisierung). Durch eine offene Kommunikation könnten die negativ konnotierten Emotionen wie Schuldgefühl, Angst, Wut etc. der Kinder vermindert werden. Zudem wurde die Erfahrung gemacht, dass die Kontaktaufnahme mit den Eltern während der Akutphase im stationären Bereich erfolgreich ist, da die Familien in dieser Phase zugänglicher für Unterstützungsangebote sind. Hierbei ist die Haltung der Professionellen, welche im Kontakt mit den psychisch belasteten Eltern sind wesentlich. Es hat sich gezeigt, dass engagierte Mitarbeitende für die Rekrutierung von Teilnehmenden an der *Infogruppe für Eltern* massgebend beteiligt sind. Die Kontaktaufnahme zu den betroffenen Familien kann nur stattfinden, wenn zuvor erfasst wurde, ob Kinder vorhanden sind. Dieser Faktor wird als absolut grundlegend erachtet, und es ist schwierig Verständnis für die Tatsache aufzubringen, dass sich dies aufgrund technischer Schwierigkeiten nicht umsetzen lässt.

In der Erwachsenenpsychiatrie ist eine Verschiebung vom stationären Setting hin zur gemeindenahen Versorgung feststellbar. Das trägt dazu bei, dass die Klinikaufenthalte immer kürzer werden und die Herausforderung für die Professionellen darin bestehen, in kurzer Zeit ein Handlungskonzept zu erarbeiten und eine umfassende Nachsorge zu installieren. Dabei bleibt der Fokus auf den zu behandelnden Patienten gerichtet und die Kinder werden häufig übersehen. Aus diesem Grund wäre es wesentlich, eine systematische Erfassung der Kinder bei Klinikeintritt zu durchzuführen, um auch bei kurzen, stationären Aufenthalten über das Vorhandensein von Kindern informiert zu sein und allenfalls die nötigen Schritte zu deren Unterstützung einleiten zu können. Ein familiäres Verständnis für

die Erkrankung kann nur durch eine systemische Betrachtung der Familie und den dazu gehörenden wechselseitigen Beziehungen zwischen den einzelnen Mitgliedern erreicht werden. Dies setzt voraus, dass die verschiedenen Ängste von Seiten der Eltern abgebaut werden und sie sich mit ihrer Krankheit auseinandersetzen. Dies kann durch Wissensvermittlung bezüglich der rechtlichen Situation (Kindwohl, Sorgerecht etc.), den medizinischen und psychologischen Kenntnissen bezüglich des Krankheitsbildes und dem entwicklungspsychologischen Wissen über die Bedürfnisse von Kindern erfolgen. Durch die Sensibilisierung der Eltern reagieren diese aufgeschlossener gegenüber den Vernetzungen mit Entlastungsangeboten und der Weitervernetzung nach einem stationären Aufenthalt. Sensibilisierte Eltern interagieren bewusster und können dadurch ihre Kinder stärken. Als ein möglicher Schutzfaktor wird die Einbindung in die KITA erwähnt. Dadurch können wichtige Beziehungen zu Gleichaltrigen gepflegt und die Eltern gleichzeitig entlastet werden. Zudem können die Kinder durch den Aufbau von sozialen Netzwerken in Belastungssituationen und akuten Krisen Unterstützung erfahren und somit eigene Bewältigungsstrategien entwickeln. Dieser Vernetzung wird auch aus theoretischer Perspektive eine grosse Bedeutung zugeschrieben. Dadurch, dass die Eltern über die Bedürfnisse ihrer Kinder informiert sind, können sie besser auf die Kinder eingehen und negative Auswirkungen auf deren Entwicklung verhindern. Zudem ist eine altersentsprechende Informationsvermittlung an die Kinder bezüglich der elterlichen Erkrankung wichtig. So können Ängste und Unsicherheiten von Seiten der Kinder abgebaut werden.

Präventive Ansätze im stationären Setting haben zum Ziel, längere Trennungen von Eltern und Kind zu vermeiden und den Kindern eine Umgebung anzubieten, in der sie sich wohl fühlen. Das vorhandene Spielzimmer in der stationären Erwachsenenpsychiatrie ist ein Angebot, welches dies ermöglicht, jedoch von den Patienten nicht benutzt wird. Gleiches gilt für das einst vorhandene KITA-Angebot auf dem Areal der Erwachsenenpsychiatrie. Hier stellt sich deshalb die Frage nach den Gründen. Eventuell wird zu wenig auf die Möglichkeit aufmerksam gemacht, dass ein Spielzimmer vorhanden ist. Eine weitere Option ist, dass die Eltern nicht möchten, dass ihre Kinder sie in der akuten Phase erleben. Es könnte auch sein, dass beim Besuch der Kinder der Wunsch im Vordergrund steht das Klinikareal möglichst schnell zu verlassen, da der Aufenthalt in der psychiatrischen Klinik immer noch mit verschiedenen Gefühlen wie Scham und Schuld verbunden ist. Grundsätzlich kann festgehalten werden, dass ein Bedürfnis nach Angeboten besteht. Wichtig dabei wäre, dass diese nicht zu Lasten des familiären Budgets gehen, sondern der Kanton die Kosten trägt. Finanzielle und personelle Ressourcen stellen jedoch eine Schwierigkeit dar, welche massgebend an der Aufrechterhaltung eines Angebotes beteiligt sind. Dies zeigt sich beispielsweise bei der *Gruppe psychisch belasteter Eltern*, bei welcher die finanziellen Mittel

nicht vorhanden waren, um eine umfassende Präsenz bei den betroffenen Professionellen zu erreichen. Die nötigen Flyer welche alle Kinder- und Erwachsenenpsychiater mit einer Praxis in der Deutschschweizer Grosstadt erhalten sollten, konnten aufgrund von fehlenden finanziellen Mitteln nicht gedruckt werden. Auch für das Winterthurer Projekt WIKIP steht fest, dass durch Prävention, Unterstützung und Behandlung der Familien und durch den Schutz der Kinder, langfristig die Gesundheitskosten reduziert werden können, und dies für alle Betroffenen mit einem Gewinn an Lebensqualität verbunden ist.

## **11 Abschliessende Gedanken**

Das Kapitel 11 gliedert sich in Schlussfolgerungen, Diskussion und Ausblick. Die Schlussfolgerungen beinhalten die Beantwortung der Fragestellung mit den entsprechenden Verknüpfungen des Theorieteils und den Ergebnissen des Empirieteils. Anschliessend werden in der Diskussion die Handlungsoptionen und -empfehlungen diskutiert. Im Ausblick werden weiterführende Fragen aufgegriffen.

### **11.1 Schlussfolgerungen**

Abschliessend lässt sich unsere Hauptfragestellung – welche Unterstützungsmöglichkeiten bietet die Erwachsenenpsychiatrie einer Deutschschweizer Grosstadt minderjährigen Kindern psychisch kranker Eltern – wie folgt beantworten. In der von uns untersuchten Deutschschweizer Grosstadt bestehen drei Angebote, die der Psychiatrie angegliedert sind. Davon lässt sich aber lediglich die *Infogruppe für Patienten* im stationären Bereich eindeutig der Erwachsenenpsychiatrie zuordnen. Die anderen Angebote – die *Therapiegruppe für Kinder* und die *Gruppe psychisch belasteter Eltern* im ambulanten Bereich – sind der Kinder- und Jugendpsychiatrie unterstellt und werden von Mitarbeitenden der KJPD durchgeführt. Die *Gruppe psychisch belasteter Eltern* könnte auf der operativen Ebene zusätzlich der Erwachsenenpsychiatrie zugeordnet werden, da sie sich auf den ambulanten Bereich der Erwachsenenpsychiatrie bezieht. Sie ist organisatorisch aber der KJPD unterstellt. Für den zweiten Teil der Hauptfragestellung lässt sich feststellen, dass sich mit der *Therapiegruppe für Kinder* ein Angebot direkt an die Kinder richtet. Die zwei anderen Angebote richten sich nur indirekt an die Kinder und sind auf der fallbezogenen Ebene bei der Unterstützung der Eltern anzusiedeln. Bei diesen Angeboten werden die Kinder aus der systemischen Perspektive nicht mit einbezogen. Sie erfahren im günstigsten Fall eine direkte Auswirkung in ihrem Alltag, indem die Eltern einen bewussteren Umgang mit ihrer Erkrankung haben und diesbezüglich sensibilisiert sind. Der von uns in der Hauptfragestellung gewählte Bezug zur Erwachsenenpsychiatrie ist in der Praxis nicht eindeutig feststellbar. Uns erscheint es aber wichtig, dass in dieser Arbeit weiterhin alle drei vorhandenen Angebote diskutiert werden.

Bei der Analyse der vorhandenen Angebote fällt auf, dass alle drei bei der fallbezogenen Prävention anzusiedeln sind und dort die Bereiche der Prävention im Kindes- und Jugendalter und auf der Elternebene abdecken. Ein Ansatzpunkt in der Hilfe für die Kinder psychisch kranker Eltern wird in der Behandlung und Bewältigung der psychischen Erkrankung des Elternteils gesehen. Die Auswirkungen auf das gesamte Familiensystem sind geringer, je besser diese bewältigt werden können. Bereits eine teilweise Abmilderung der elterlichen Erkrankung führt zu einer Begrenzung oder sogar Vermeidung von negativen Auswirkungen auf die Kinder. In den vorhandenen Angeboten wird jedoch nur eine Person des Familiensystems berücksichtigt – die Kinder oder die Eltern. Dadurch fehlt die gemeinsame Zusammenarbeit mit allen Familienmitgliedern und die systemische Perspektive wird vernachlässigt. Auch in Bezug auf die Schutzfaktoren ist die systemische Perspektive relevant, da aus diversen Studien ersichtlich wird, dass insbesondere familiäre Schutzfaktoren stark protektiv wirken. Bei der Analyse der vorhandenen Angebote fällt das Fehlen von präventiven Angeboten für Säuglinge und Kleinkinder auf, was insbesondere aus bindungstheoretischer Sicht von grosser Bedeutung wäre. Spezifische Eltern-Kind-Stationen sind nicht vorhanden. Vorsorgende und stützende Angebote sollten jedoch bereits während der Schwangerschaft eingesetzt werden. Auf diese Weise kann möglicherweise eine Trennung der Kinder von den Eltern vermieden werden.

In der untersuchten Deutschschweizer Grossstadt ist die fallübergreifende Prävention nicht ausgebaut. Das bedeutet, dass auf der Ebene der fallübergreifenden Prävention zu Themen wie Information, Aufklärung, Vernetzung der institutionellen Hilfe und Qualifizierung der involvierten Akteure keine Angebote bestehen. Der Weg in eine Gesellschaft, in welcher psychisch kranke Menschen geringere Stigmatisierung aufgrund ihrer Erkrankung erleben und die Betroffenen dadurch lernen können offen über ihre Krankheit zu sprechen, setzt ein umfassendes Problembewusstsein der unterschiedlichen Hilfesystemen und der Betroffenen selbst voraus. Das Verständnis für die belastende Situation der Kinder von psychisch kranken Eltern und die Sensibilisierung des gesamten Helfernetzes ist dabei fundamental. Damit die Kinder angemessene Unterstützungen erfahren, muss ein Problembewusstsein bei allen Personen, welche mit betroffenen Kindern in Kontakt kommen, vorhanden sein. Diese Forderung richtet sich an Haus- und Kinderärzte, Psychologen und Psychiater, Mitarbeitende der Kinder-, Jugend- und Erwachsenenpsychiatrie, Pädagogen, Sozialarbeitende, Schulen und Familienberatungsstellen, KITA-Mitarbeitende, Mütter-/Väterberater etc. Indem sich die Professionellen mit der Thematik auseinandersetzen, können sie sensibilisierende Aufklärungsarbeit leisten und den Kindern die nötigen Unterstützungsmöglichkeiten anbieten oder solche, falls vorhanden, weiter vermitteln.

Wie aus der theoretischen Perspektive ersichtlich wird, ist die Prävention auf allen Ebenen erforderlich. Konkret bedeutet das beispielsweise, dass verschiedener Zielgruppen, wie

Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche, Eltern, Familien und Fachpersonen einbezogen werden. Prävention kann auch zu unterschiedlichen Zeitpunkten ansetzen; bereits vor der Geburt bis hin ins Jugend- und Erwachsenenalter. Etwas allgemeiner formuliert ist eine umfassende Prävention auf der fallbezogenen und auch auf der fallübergreifenden Ebene erforderlich.

Die Basis für eine erfolgreiche Prävention bildet die Erfassung der Kinder beim Kontakt der Eltern mit der Erwachsenenpsychiatrie und der Einbezug der Kinder als Angehörige in die Behandlung des erkrankten Elternteils. Die unterschiedlichen Hilfesystemen, wie beispielsweise Erwachsenenpsychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Kinder- und Jugendhilfe, Vormundschaftsbehörde etc. sind dazu angehalten funktionierende Vernetzung mit den vorhandenen Unterstützungsangeboten zu leisten.

Umfassende Prävention ist auch immer eine Frage der Finanzierung und der personellen Ressourcen. Die Realisierung innovativer Projekte scheitert häufig an einer mangelnden Finanzierungsgrundlage. Seitens der Kostenträger ist es erforderlich, die Zuständigkeiten für die präventiven Angebote zu klären und deren Wichtigkeit anzuerkennen. Doch in Anbetracht der schwerwiegenden Auswirkungen, die eine psychische Erkrankung eines Elternteils auf die Entwicklung eines Kindes haben kann und die damit verbundenen biografischen Spätfolgen, ist dies unserer Meinung nach gut investiertes Geld. Insbesondere auch unter der in der Öffentlichkeit viel diskutierten Berücksichtigung der steigenden Kosten für die Sozialversicherungen. Empirisch ist belegt, dass durch frühzeitige Interventionen und der Stärkung von Schutzfaktoren die psychische Erkrankung eines Elternteils als Risikofunktion für die kindliche Entwicklung minimiert wird, was sich wiederum günstig auf die Kostenentwicklung im Sozialversicherungsbereich auswirken kann.

## **11.2 Diskussion**

Damit Massnahmen zur Unterstützung der Familien im Vorfeld einer möglichen Gefährdung des Kindeswohls eingeleitet werden können, müssen die Eltern damit einverstanden sein. Aus Angst die Kinder zu verlieren, wird Hilfe von aussen jedoch häufig abgelehnt. Deshalb setzt sozialpädagogisches Engagement eine hohe Sensibilität und den nötigen Respekt gegenüber den Familien voraus. Es geht dabei nicht um die Identifizierung von Defiziten in den elterlichen Kompetenzen, sondern um das Anbieten von Hilfestellungen. Diese Betonung ist wichtig, weil Eltern gegenüber Behörden, insbesondere Jugendämter und Vormundschaftsbehörden, grosse Vorbehalte und Ängste haben. Um diese Ängste abbauen zu können, benötigen die Fachpersonen genügend zeitliche Ressourcen, um in den Gesprächen ein Vertrauensverhältnis aufzubauen. Gerade in den akuten Krankheitsphasen sind Eltern eher empfänglich für Veränderungen und können auf niederschwellige Angebote einsteigen, wie sie beispielsweise in der *Infogruppe für Patienten* angeboten wird. Eine Problematik, die sich in diesem Zusammenhang ergibt, ist die starke psychische Belastung,

die es den Eltern zum Teil nicht ermöglicht an entsprechenden Angeboten teilzunehmen. Bei einem Aufenthalt in der stationären Erwachsenenpsychiatrie stehen ausserdem häufig existenzielle Fragen im Zentrum wie beispielsweise die Gefährdung der Arbeitsstelle oder eine konfliktreiche Partnerschaft. Dabei werden die Bedürfnisse der Kinder oft vernachlässigt. Aufgrund dessen scheint uns die ambulante Vernetzung nach einem Klinikaustritt äusserst wichtig. Wie die Empirie aufzeigt, können Patienten im ambulanten Setting eher auf Angebote zur Unterstützung in ihrer Elternrolle einsteigen. Stehen die existenziellen Sorgen nicht mehr im Vordergrund können die kindlichen Bedürfnisse durch die Eltern eher berücksichtigt werden und entsprechende Angebote zum Tragen kommen. Deshalb sind ambulante Angebote unserer Meinung nach von grosser Wichtigkeit und sollten ausgebaut werden. Die Elterngruppe, wie sie an Standort C mit der Durchführung über eine längere Zeitspanne stattfindet, erscheint uns als äusserst sinnvoll. Aufgrund dessen wäre es ein enormer Verlust auf der Ebene der Ausgestaltung der Angebote, wenn dieses nach Beendigung der Studie nicht mehr weitergeführt würde, was nach heutigem Stand noch unklar ist. Spätestens beim Austrittsgespräch sollte den psychisch erkrankten Eltern erklärt werden, welche Ängste und Unsicherheiten die Kinder beschäftigen und dass es wichtig ist, dass die Kinder diese Thematik aufarbeiten können. Dabei sollte die Fachkraft des interdisziplinären Teams auf die vorhandenen Angebote hinweisen.

Voraussetzung für eine Vernetzung ist die systematische Erfassung der Kinder beim Klinikeintritt der Eltern. Als Anlaufstelle für psychisch kranke Eltern kommt der Erwachsenenpsychiatrie eine wesentliche Funktion bei der Identifizierung und Einleitung von Hilfen und Unterstützungsmöglichkeiten zu. Durch ein standardisiertes Erfassungsinstrument beispielsweise in Form von Fragebögen oder standardisierten Fragen bei der Aufnahme, könnte eine erste Einschätzung der Situation der Kinder vorgenommen werden. In der stationären Erwachsenenpsychiatrie der untersuchten Deutschschweizer Grossstadt fehlt ein solch standardisiertes Erfassungssystem, welches explizit nach Kindern fragt. Diese Tatsache ist für uns schwer nachvollziehbar, da eine Änderung dieses Zustandes aus unserer Sicht mit realisierbarem Aufwand verbunden ist. Dies vor allem auch vor dem Hintergrund der Tatsache, dass bei den ambulanten psychiatrischen Angeboten die systematische Erfassung der Kinder im Rahmen der aktuell laufenden Studie in der untersuchten Grossstadt erfolgreich durchgeführt wurde und deshalb vorhandene Synergien zur Umsetzung genutzt werden könnten. Als Handlungsempfehlung schlagen wir die Erstellung einer Checkliste oder eines Fragebogens vor.

Eine weitere Möglichkeit die psychosoziale Situation der Kinder zu erfassen, wäre der fixe Beizug von Sozialarbeitenden bei der Aufnahme. Dabei ist es schwierig abzuschätzen, ob sich dies aus organisatorischen Gründen umsetzen lässt. Weiter könnte klinikintern ein klarer

Ablauf definiert werden, der vorsieht, dass Sozialarbeitende bei allen Patienten die psychosoziale Situation erheben, abklären ob Kinder vorhanden sind und allenfalls Unterstützungsmöglichkeiten anbieten oder vermitteln. Aktives in Kontakt treten mit den Eltern von Seiten der Professionellen kann deren Hemmschwelle, Hilfe in Anspruch zu nehmen, senken.

Für die Sozialarbeitenden in einer psychiatrischen Klinik könnte auch ein Ansatz sein, mit dem ganzen Familiensystem ein Gespräch zum Thema „Psychische Erkrankung als Familienkrankheit“ zu führen. Falls sich der erkrankte Elternteil in der akuten Krankheitsphase befindet und noch nicht teilnehmen kann, können in einem ersten Schritt die gesunden Angehörigen und die Kinder zu einem Gespräch eingeladen werden, um ihre Anliegen zu besprechen. Dabei erleben die Kinder das Gefühl, ernst genommen zu werden. Bei diesem Gespräch können auch grundlegende Informationsmaterialien für die Angehörigen und altersgerechte Informationen für die Kinder abgegeben werden. Das setzt natürlich voraus, dass in der Klinik Informationsmaterialien vorhanden sind oder beschafft werden können, was wiederum mit finanziellen Ressourcen verbunden ist. Bei den Gesprächen mit den Kindern muss berücksichtigt werden, dass diese altersentsprechend durchgeführt werden. Mit jüngeren Kindern ist es bestimmt nicht sinnvoll diese in einem kargen Büro abzuhalten. Von den Fachpersonen ist diesbezüglich Kreativität und Sensibilität für die individuellen Situationen gefragt.

Eine weitere wichtige Thematik die zur Diskussion anregt ist die Frage, wie Kinder, die noch keine Auffälligkeiten zeigen unterstützt werden, oder wie ihnen die vorhandenen Angebote zugänglich gemacht werden können. Diesbezüglich ist es unserer Meinung nach wichtig, dass Mitarbeitende aus KITAs, Spielgruppen und Kindergärten für die Thematik sensibilisiert und geschult werden, wie dies im Projekt WIKIP geschieht. Zudem ist Unterstützung auf niederschwelliger Ebene erforderlich, und Kinder sollen leicht an Informationen gelangen können. Konkret könnte das über das Medium Internet geschehen, da die Kinder damit einen unbeschwerten Umgang haben oder auch durch das Vorhandensein von altersgerechten Kinderbüchern zur Thematik in KITAs, Spielgruppen, Kindergärten etc. Auf öffentlichen Sozialdiensten beschäftigen sich Sozialarbeitende immer wieder mit psychisch belasteten Eltern, da psychische Erkrankungen der Eltern auf vielen Ebenen mit einer Problemkumulation einhergehen. Aufgrund dessen ist es unserer Ansicht nach ebenfalls wichtig, dass auch bei diesen Fachpersonen Sensibilisierungsarbeit geleistet wird. Dies könnte bereits in der Ausbildung der Sozialen Arbeit geschehen, indem dem Thema „Kinder psychisch kranker Eltern“ grössere Aufmerksamkeit gewidmet wird und das bestehende Angebot auf kantonaler und/oder nationaler Ebene ergründet wird.

Bestünde ein Patenschaftspool mit (freiwillig) Helfenden könnte beim Kontakt von psychisch belasteten Eltern mit einem Sozialdienst, bei niedergelassenen Psychiatern, Hausärzten,



psychiatrischen Kliniken, Pädagogen direkt eine Person zur Unterstützung des Familiensystems, insbesondere des Kindes, beigezogen werden. Natürlich müsste diesbezüglich berücksichtigt werden, dass die Patenperson von den Eltern nicht als Konkurrenz, sondern als Unterstützung wahrgenommen wird. Für die Fachpersonen ist es wichtig, dabei eine ressourcen- und nicht eine problemorientierte Sichtweise einzunehmen. Durch eine Patenschaft kann niederschwellige Unterstützung erfolgen.

Eine weitere Schwierigkeit bei der Teilnahme an den Angeboten ergibt sich durch deren Erreichbarkeit. Da sich die Angebote vorwiegend auf die Städte konzentrieren, werden Betroffene aus ländlichen Regionen schwerer erreicht. Patenschaften könnten hier eine unkomplizierte Unterstützungsmöglichkeit darstellen. Grundsätzlich kann aber angemerkt werden, dass die Erreichbarkeit von Kindern, die noch nicht auffällig geworden sind, wohl immer eine Problematik darstellen wird, die nicht gelöst, wohl aber etwas entschärft werden kann.

Die Kooperation zwischen den Hilfesystemen stellt für uns eine weitere Möglichkeit zur Optimierung dar. Die Zusammenarbeit der Erwachsenenpsychiatrie und der Kinder- und Jugendpsychiatrie findet insofern statt, dass die stationäre Erwachsenenpsychiatrie Eltern auf die Angebote der KJPD aufmerksam macht. Eine gemeinsame Koordination der Angebote oder einen gemeinsamen Fachaustausch beispielsweise in Form einer Sitzung oder eines anderen gemeinsamen Gefässes, ist nicht vorhanden. Eine Schwierigkeit besteht darin, die Kinder psychisch kranker Eltern einem System zuzuordnen. Die KJPD befasst sich mit psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen und ist dadurch mit den Auffälligkeiten, die Kinder durch das Zusammenleben mit einem psychisch kranken Elternteil entwickeln können, konfrontiert. Durch die unmittelbare Betroffenheit der KJPD besteht eine grössere Sensibilisierung gegenüber der Thematik und die KJPD ist diesbezüglich auch nahe an der Forschung. Es muss aber festgehalten werden, dass auch die Erwachsenenpsychiatrie, insbesondere bei einer Angliederung an eine Universität, Zugang zur aktuellen Forschung hat. Insofern kann davon ausgegangen werden, dass nicht die Nähe zur Forschung ausschlaggebend für die Berücksichtigung der Thematik ist, sondern eher die Sensibilisierung der Fachpersonen. Bei der Erwachsenenpsychiatrie steht nach wie vor der einzelne Patient im Fokus der Behandlung, wobei die KJPD die Kinder fokussiert.

Aufgrund des hohen Koordinationsbedarfes bei den verschiedenen vorgeschlagenen Optimierungsmöglichkeiten für die Erwachsenenpsychiatrie scheint uns eine zentrale klinikinterne Stelle und ein spezifisches Konzept zur Thematik als sinnvoll, um die einzelnen Massnahmen zu koordinieren. Klinikintern sollte auf alle Fälle geklärt werden, wer für die Erfassung der Kinder und deren Situation zuständig ist; dabei ist ein standardisierter Ablauf unabdingbar und schafft Verbindlichkeit.

### 11.3 Ausblick

Entgegen unserer Annahme zu Beginn der Arbeit bestehen in der von uns untersuchten Deutschschweizer Grossstadt drei Angebote zur Unterstützung von Kindern psychisch kranker Eltern oder psychisch belasteten Eltern. Wie aus den Interviews ersichtlich wurde, ist Handlungsbedarf hauptsächlich auf der Ebene der Sensibilisierung und der Vernetzung vorhanden. Dadurch stellt sich weiterführend die Frage, inwiefern die einzelnen Berufsgruppen der Erwachsenenpsychiatrie für die Thematik „Kinder psychisch kranker Eltern“ sensibilisiert sind und wie und ob die Integration dieser Thematik in ihren beruflichen Alltag stattfindet. Sind die bestehenden Angebote bekannt und könnten allenfalls standardisierte Abläufe eingeführt werden, damit eine Vermittlung besser gelingen kann? Spezifisch interessieren könnte auch die Rolle der Sozialen Arbeit bezüglich dieser Thematik. Insbesondere weil bei der Aufnahme der Patienten in der untersuchten Erwachsenenpsychiatrie einer Deutschschweizer Grossstadt Sozialarbeitende nicht involviert sind, könnten in diesem Bereich Optimierungen stattfinden, was vorab eine Analyse der aktuellen Situation verlangen würde.

Weiterführend könnte diesbezüglich analysiert werden, wo die Koordination nicht klappt und an welchen Stellen die Zusammenarbeit und die Aufklärung intensiviert werden müssten, damit eine reibungslosere Zuweisung der stationären Erwachsenenpsychiatrie zu den ambulanten Angeboten für Kinder erfolgen kann.

Spannend wäre zudem die Ausarbeitung von konkreten Hilfsmitteln zur Erfassung von Kindern psychisch kranker Eltern. Diesbezüglich könnte ergründet werden, welche wesentlichen Inhalte eine Checkliste oder ein Leitfaden enthalten müssten.

Uns stellt sich auch die Frage, ob für Kinder und ihre Eltern, welche an somatischen Erkrankungen leiden, umfassendere Hilfe- und Unterstützungsangebote bestehen, als dies bei psychischen Erkrankungen der Fall ist. Interessieren könnte dabei, ob diesbezüglich Stigmatisierungstendenzen für psychisch kranke Menschen in der Gesellschaft bestehen oder ob grundsätzlich die Bedürfnisse der Kinder als eine Gruppe, die in der Gesellschaft wenig auf sich aufmerksam machen kann, auch im physischen Bereich nicht ausreichend wahrgenommen werden.

Abschliessend kann festgehalten werden, dass die Thematik auch in der Schweiz zunehmend an Bedeutung gewinnt und Angebote für die Betroffenen bestehen. Das Winterthurer Projekt nimmt diesbezüglich wie bereits erwähnt eine Vorreiterrolle ein und wir hoffen, dass auch andere Städte von diesen Erfahrungen profitieren können. Jedoch sind in der Schweizer Forschung nach wie vor wenige Studien und Evaluationen zum „Thema Kinder psychisch kranker Eltern“ vorhanden und es besteht diesbezüglich grosser Handlungsbedarf.

## 12 Quellenverzeichnis

### Literatur

- Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: dgvt-Verlag.
- Bach-Ba, B. & Böttcher-Herget, Ch. (2008). Balance – Beratungs- und Orientierungsangebot für Kinder psychisch kranker Eltern. Angebot des Zentrums für Psychosoziale Medizin des Universitätsklinikums Heidelberg. In Forum Kinder psychisch kranker Eltern (Hrsg.), *Kinder psychisch kranker Eltern. Erfahrung – Unterstützung – Information*. (3. aktual. Aufl.) (S. 16-21). Heidelberg: Forum psychisch kranker Eltern.
- Baumann, K.K. (2000). *Ver-rückte Kindheit. Probleme und Hilfemöglichkeiten bei Kindern psychisch erkrankter Eltern*. Marburg: Tectum Verlag.
- Beckmann, O. & Szylowicki, A. (2009). Patenschaften für die Zukunft. Patenschaften für Kinder psychisch kranker Eltern. In F. Mattejat & B. Lisofsky (Hrsg.), *Nicht von schlechten Eltern. Kinder psychisch Kranker* (S. 189-197). Bonn: Balance-Verlag.
- Bender, D. & Lösel, F. (1998). Protektive Faktoren der psychisch gesunden Entwicklung junger Menschen: Ein Beitrag zur Kontroverse um saluto- versus pathogenetische Ansätze. In J. Margraf, J. Siegrist & S. Neumer (Hrsg.), *Gesundheits- oder Krankheitstheorie? Saluto- versus pathogenetische Ansätze im Gesundheitswesen* (S. 117-138). Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag.
- Berk, L.E. (2005). *Entwicklungspsychologie*. München: Pearson Studium.
- Beyer, A. & Lohaus, A. (2007). Konzepte zur Stressentstehung und Stressbewältigung im Kindes- und Jugendalter. In I. Seiffge-Krenke & A. Lohaus (Hrsg.), *Stress und Stressbewältigung im Kindes- und Jugendalter* (S. 11-27). Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Borg-Laufs, M. (2010). Die vergessenen Kinder: Über die Auswirkungen psychischer Krankheit von Eltern auf Kinder. In S. Gahleitner & G. Hahn (Hrsg.), *Klinische Sozialarbeit. Gefährdete Kindheit – Risiko, Resilienz und Hilfen* (S. 122-130). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Bortz, J. & Döring, N. (2006). *Forschungsmethoden und Evaluation für Sozialwissenschaftler*. (4., überarbeitete Auflage). Heidelberg: Springer.

- Bosshard, M., Ebert, U. & Lazarus, H. (2010). *Soziale Arbeit in der Psychiatrie*. (4., vollständig überarbeitete Auflage). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Bosshard, M. (2008). Soziale Arbeit und Psychiatrie. In S. Gahleitner & G. Hahn (Hrsg.), *Klinische Sozialarbeit. Zielgruppen und Arbeitsfelder* (S. 151-162). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Bowlby, J. (2003). Mit der Ethologie heraus aus der Psychoanalyse: Ein Kreuzexperiment. In Grossmann K.E. & Grossmann K. (Hrsg.), *Bindung und menschliche Entwicklung. John Bowlby, Mary Ainsworth und die Grundlagen der Bindungstheorie* (S. 38-54). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Bowlby, J. (2008). *Bindung als sichere Basis. Grundlagen und Anwendung der Bindungstheorie*. Titel der Originalausgabe „A secure base clinical applications of attachment theory“. München: Ernst Reinhardt GmbH.
- Bretherton, I. (2009). Die Geschichte der Bindungstheorie. In G. Spangler & P. Zimmermann (Hrsg.), *Die Bindungstheorie. Grundlagen, Forschung und Anwendung* (5., durchgesehene Auflage) (S. 27-49). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Caviezel-Rüegg, Z., Herzog, G., Müller-Landgraf, I., Röthlisberger, R. & Schneeberger, E. (1998). *Die Waldau bei Bern*. Bern: Gesellschaft für Schweizerische Kunstgeschichte.
- Grossmann, K. & Grossmann, K.E. (2006). *Bindungen. Das Gefüge psychischer Sicherheit*. (3. Auflage) Stuttgart: Klett-Cotta .
- Gutmann, R. (2008). Jugendliche mit einem psychisch kranken Elternteil – Welche Unterstützung brauchen sie? In Lenz A. & J. Jungbauer (Hrsg.), *Kinder und Partner psychisch kranker Menschen. Belastungen, Hilfebedarf, Interventionskonzepte* (S.114-136). Tübingen: dgvt-Verlag.
- Hampel, P. & Petermann, F. (1998). *Anti-Stress-Training für Kinder. Materialien für die klinische Praxis*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.

- Hartmann, H.-P. (2009). Beziehungsabbrüche vermeiden. Das Heppenheimer Modell der Mutter-Kind-Behandlung. In Jungbauer, J. (Hrsg.), *Familien mit einem psychisch kranken Elternteil – Forschungsbefunde und Perspektiven für die Soziale Arbeit* (S. 140-147). Opladen & Farmington Hills: Verlag Barbara Budrich.
- Jungbauer, J. (2010). Wenn Eltern psychisch krank sind – Belastungen, Entwicklungsrisiken, Hilfebedarf. In J. Jungbauer (Hrsg.), *Familien mit einem psychisch kranken Elternteil – Forschungsbefunde und Perspektiven für die Soziale Arbeit* (S. 14-22). Opladen & Farmington Hills: Verlag Barbara Budrich.
- Kienbaum, J. & Schuhrke, B. (2010). *Entwicklungspsychologie der Kindheit. Von der Geburt bis zum 12. Lebensjahr*. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.
- Kuhn, J., Lenz, A. & Jungbauer, J. (2011). Stressbewältigung bei Kindern schizophrener erkrankter Eltern. In S. Wiegand-Grefe, F. Mattejat & A. Lenz (Hrsg.), *Kinder mit psychisch kranken Eltern. Klinik und Forschung* (S. 299-314). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Koch-Stoecker, St. (2001). Zur Wirkung mütterlicher schizophrener Psychosen auf die Entwicklungspotenziale ihrer Kinder. In Institut für soziale Arbeit e.V. (Hrsg.), Redaktion R. Schone & S. Wagenblass, *Kinder psychisch kranker Eltern zwischen Jugendhilfe und Erwachsenenpsychiatrie* (S. 48-64). Münster: Votum.
- Lenz, A. (2005). *Kinder psychisch kranker Eltern*. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Lenz, A. (2008). *Interventionen bei Kindern psychisch kranker Eltern. Grundlagen, Diagnostik und therapeutische Massnahmen*. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Lenz, A. & Kuhn, J. (2011). Was stärkt Kinder psychisch kranker Eltern und fördert ihre Entwicklung? Überblick über Ergebnisse der Resilienz- und Copingforschung. In S. Wiegand-Grefe, F. Mattejat & A. Lenz (Hrsg.), *Kinder mit psychisch kranken Eltern. Klinik und Forschung* (S. 269-298). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Lösel, F. & Bender, D. (2007). Von generellen Schutzfaktoren zu spezifischen protektiven Prozessen: Konzeptuelle Grundlagen und Ergebnisse der Resilienzforschung. In G. Opp & M. Fingerle (Hrsg.), *Was Kinder stärkt. Erziehung zwischen Risiko und Resilienz* (S. 57-78). München: Ernst Reinhardt Verlag.

- Lohaus, A., Vierhaus, M. & Maas, A. (2010). *Entwicklungspsychologie des Kindes- und Jugendalters*. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag.
- Mattejat, F. (2009). Kinder mit psychisch kranken Eltern. Was wir wissen was zu tun ist. In F. Mattejat, & B. Lisofsky (Hrsg.), *Nicht von schlechten Eltern. Kinder psychisch Kranker* (S. 68-95). Bonn: Balance-Verlag.
- Meuser, M. & Nagel, U. (2002). Experteninterviews – vielfach erprobt, wenig bedacht. In A. Bogner, B. Littig & W. Menz (Hrsg.), *Das Experteninterview – Theorie, Methode, Anwendung* (S. 71-93). Opladen: Leske & Budrich.
- Meuser, M. & Nagel, U. (2009). Das Experteninterview – konzeptionelle Grundlagen und methodische Anlage. In S. Pickel, G. Pickel, H.-J. Laut & D. Jahn (Hrsg.), *Methoden der vergleichenden Politik- und Sozialwissenschaft. Neue Entwicklungen und Anwendungen* (S. 465-479). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Möller, H., Laux, G. & Deister, A. (2009). *Psychiatrie und Psychotherapie*. (4. vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage). Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Müller, B. (2008). Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil: Systemische Perspektive. In Lenz A. & J. Jungbauer (Hrsg.), *Kinder und Partner psychisch kranker Menschen. Belastungen, Hilfebedarf, Interventionskonzepte* (S. 137-155). Tübingen: dgvt-Verlag.
- Ohntrup, J.M., Pollak, E., Plass A. & Wiegand-Grefe, S. (2011). Parentifizierung – Elternbefragung zur destruktiven Parentifizierung von Kindern psychisch erkrankter Eltern. In S. Wiegand-Grefe, F. Mattejat & A. Lenz (Hrsg.), *Kinder mit psychisch kranken Eltern. Klinik und Forschung* (S. 375-398). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Opp, G. & Fingerle, M. (2007). Erziehung zwischen Risiko und Protektion. In G. Opp & M. Fingerle (Hrsg.), *Was Kinder stärkt. Erziehung zwischen Risiko und Resilienz* (S. 7-18). München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Petermann, F., Niebank, K. & Scheithauer, H. (2004). *Entwicklungswissenschaft. Entwicklungspsychologie – Genetik – Neuropsychologie*. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag.

- Pollak, E., Bullinger, M. & Wiegand-Grefe S. (2011). Psychisch kranke Eltern und ihre Kinder – die Familienperspektive. In S. Wiegand-Grefe, F. Mattejat & A. Lenz (Hrsg.), *Kinder mit psychisch kranken Eltern. Klinik und Forschung* (S. 357-374). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Pretis, M. & Dimova, A. (2010a). *Frühförderung mit Kindern psychisch kranker Eltern*. München: Reinhardt.
- Pretis, M. & Dimova, A. (2010b). Die Zusammenarbeit mit psychisch verletzlichen Eltern. Ein Thema für die Frühförderung. In Ch. Leyendecker (Hrsg.), *Gefährdete Kindheit. Risiken früh erkennen und Ressourcen früh fördern* (S. 365-374). Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.
- Ramsauer, B. (2011). Frühkindliche Bindung im Kontext einer depressiven Erkrankung der Mutter. In S. Wiegand-Grefe, F. Mattejat & A. Lenz (Hrsg.), *Kinder mit psychisch kranken Eltern* (S. 170-179). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Reinisch, A., Heitmann D. & Griepenstroh, J. (2011). Präventionsangebote und –projekte für Kinder psychisch kranker Eltern in Deutschland – ein Überblick. In S. Wiegand-Grefe, F. Mattejat & A. Lenz (Hrsg.), *Kinder mit psychisch kranken Eltern. Klinik und Forschung* (S. 62-83). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Remschmidt, H. & Mattejat, F. (1994). *Kinder psychotischer Eltern. Mit einer Anleitung zur Beratung von Eltern mit einer psychotischen Erkrankung*. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Richter, D. & Hahn, S. (2011). Psychosoziale Gesundheit – was ist das eigentlich genau? *Frequenz*, 1, S. 4-6.
- Riedel, K. (2008). *Empathie bei Kindern psychisch kranker Eltern*. Köln: GwG-Verlag.
- Ritscher, W. (2006). *Einführung in die systemische Soziale Arbeit mit Familien*. Heidelberg: Carl-Auer Verlag.
- Rygaard, N. P. (2006). *Schwerwiegende Bindungsstörung in der Kindheit. Eine Anleitung zur praxisnahen Therapie*. Wien: Springer.
- Schlorff, M. (2011). Das psychosoziale Modell. *Frequenz*, 1, S. 7-9.

- Schone, R. & Wagenblass, S. (2002). *Wenn Eltern psychisch krank sind... Kindliche Lebenswelten und institutionelle Handlungsmuster*. Münster: Votum.
- Schrappe, A. (2011). Die Leistungen der Jugendhilfe für Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil. In S. Wiegand-Grefe, F. Mattejat & A. Lenz (Hrsg.), *Kinder mit psychisch kranken Eltern. Klinik und Forschung* (S. 62-83). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Sollberger, D., Byland, M. & Widmer, G. (2008). Erwachsene Kinder psychisch kranker Eltern. Belastungen, Bewältigung und biographische Identität. In A. Lenz & J. Jungbauer (Hrsg.), *Kinder und Partner psychisch kranker Menschen. Belastungen, Hilfebedarf, Interventionskonzepte* (S. 157-194). Tübingen: dgvt-Verlag.
- Staets, S. (2009). Vorbeugen ist wichtig. KIPKEL – ein ambulantes Präventionsprojekt. In F. Mattejat, & B. Lisofsky (Hrsg.), *Nicht von schlechten Eltern. Kinder psychisch Kranker* (S. 164-181). Bonn: Balance-Verlag.
- Staets, S. (2011). KIPKEL – Präventionsprojekt für Kinder psychisch kranker Eltern. In S. Wiegand-Grefe, F. Mattejat & A. Lenz (Hrsg.), *Kinder mit psychisch kranken Eltern. Klinik und Forschung* (S. 133-142). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Tölle, R. & Windgassen, K. (2008). *Psychiatrie einschliesslich Psychotherapie*. (15. erweiterte und zum Teil neu verfasste Auflage). Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Vetter, B. (2007). *Psychiatrie. Ein systematisches Lehrbuch*. (7., überarbeitete und aktualisierte Auflage). Stuttgart: Schattauer Verlag.
- Werner, E. (2007a). Entwicklung zwischen Risiko und Resilienz. In G. Opp & M. Fingerle (Hrsg.), *Was Kinder stärkt. Erziehung zwischen Risiko und Resilienz* (S. 20-31). München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Werner, E. (2007b). Resilienz: ein Überblick über internationale Längsschnittstudien. In G. Opp & M. Fingerle (Hrsg.), *Was Kinder stärkt. Erziehung zwischen Risiko und Resilienz* (S. 311-326). München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Wiegand-Grefe, S., Geers, P., Petermann, F. & Plass, A. (2011). Elterliche Erkrankung und Gesundheit der Kinder. In S. Wiegand-Grefe, F. Mattejat & A. Lenz (Hrsg.), *Kinder mit psychisch kranken Eltern. Klinik und Forschung* (S. 206-234). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.



Wustmann, C. (2004). Resilienz. *Widerstandsfähigkeit von Kindern in Tageseinrichtungen fördern*. Weinheim und Basel: Beltz Verlag.

Zimbardo, P. & Gerrig, R. (1996). *Psychologie*. (7., überarbeitete Auflage). Berlin, Heidelberg: Springer Verlag.

Zimbardo, P. & Gerrig, R. (2004). *Psychologie*. (16., aktualisierte Auflage). München: Pearson Studium.

## Internet

AMSOC. (o.J.). *Ambulante Sozialpädagogik Charlottenburg e. V.* Online: URL: <http://www.amsoc.de/> [Datum der Recherche: 05.10.2011]

Bundesamt für Gesundheit. (2011). *Krankheiten und Medizin. Psychische Gesundheit*. Online: URL: <http://www.bag.admin.ch/themen/medizin/00683/01916/index.html?lang=de> [Datum der Recherche: 24.10.2011]

Bundesamt für Statistik. (2011). *Infothek. Nomenklaturen - Internationale Klassifikation der Krankheiten (ICD-10)*. Online: URL: <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/infothek/nomenklaturen/blank/blank/cim10/02/01.html> [Datum der Recherche: 19.11.2011]

Cassée, K., Los-Schneider, B., Baumeister, B. & Gavez, S. (2008). *Kinder psychisch kranker Eltern: Interprofessionelle Kooperation und Unterstützungsbedarf. Teilbericht Modul II: Ergebnisse und Schlussfolgerungen*. Online: URL: [http://www.sozialarbeit.zhaw.ch/fileadmin/user\\_upload/soziale\\_arbeit/Forschung/Forschungsberichte/abgeschlossen/KipE-ZH\\_Teilbericht\\_Ergebnisse\\_Schlussfolgerungen\\_2\\_doc.pdf](http://www.sozialarbeit.zhaw.ch/fileadmin/user_upload/soziale_arbeit/Forschung/Forschungsberichte/abgeschlossen/KipE-ZH_Teilbericht_Ergebnisse_Schlussfolgerungen_2_doc.pdf) [Datum der Recherche: 22.10.2011]

DIMDI. (2011). *Medizinwissen. Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information*. Online: URL: <http://www.dimdi.de/static/de/index.html> [Datum der Recherche: 24.10.2011]

Dresing, T. & Pehl, T. (2011). *Praxisbuch Transkription. Regelsysteme, Software und praktische Anleitungen für qualitative ForscherInnen*. Online: URL: <http://www.audiotranskription.de/praxisbuch> [Datum der Recherche: 14.10.2011]

- Gesundheitsdirektion des Kantons Zug. (2007). *Ambulante psychiatrische Dienste. Fachtagung zum Thema: Kinder psychisch kranker Eltern*. Online: URL: <http://www.zug.ch/behoerden/gesundheitsdirektion/ambulanter-psychiatischer-dienst/fachtagungen> [Datum der Recherche: 11.10.2011]
- Gurny, R., Cassée, K., Gavez, S., Los, B. & Albermann, K. (o.J.a). *Vergessene Kinder? Kinder psychisch kranker Eltern: Winterthurer Studie. Kurzfassung*. Online: URL: [http://www.sozialarbeit.zhaw.ch/fileadmin/user\\_upload/soziale\\_arbeit/Forschung/Forschungsberichte/laufend/KipEltern\\_Kurzf.pdf](http://www.sozialarbeit.zhaw.ch/fileadmin/user_upload/soziale_arbeit/Forschung/Forschungsberichte/laufend/KipEltern_Kurzf.pdf) [Datum der Recherche: 22.10.2011]
- Gurny, R., Cassée, K., Gavez, S., Los, B. & Albermann, K. (o.J.b). *Kinder psychisch kranker Eltern: Winterthurer Studie. Wissenschaftlicher Bericht*. Online: URL: [http://www.sozialarbeit.zhaw.ch/fileadmin/user\\_upload/soziale\\_arbeit/Forschung/Forschungsberichte/laufend/KiPEltern\\_WthurStudie.pdf](http://www.sozialarbeit.zhaw.ch/fileadmin/user_upload/soziale_arbeit/Forschung/Forschungsberichte/laufend/KiPEltern_WthurStudie.pdf) [Datum der Recherche: 22.10.2011]
- KIDS STRENGTHS – KIDS in the Context of MENTAL DISORDERS. (2009). *Fachliche Bildung und Empowerment für LehrerInnen, ÄrztInnen und SozialarbeiterInnen*. Online: URL: <http://www.strong-kids.eu/> [Datum der Recherche: 05.10.2011]
- Netz und Boden. (o.J.). *Initiative für Kinder psychisch kranker Eltern*. Online: URL: <http://www.netzundboden.de/> [Datum der Recherche: 05.10.2011]
- Pfiff GmbH. (2011). *Pflege- und Patenkinder. Fachdienst für Familien*. Online: URL: <http://www.pfiff-hamburg.de/> [Datum der Recherche: 06.10.2011]
- Schweizerische Gesellschaft für Sozialpsychiatrie. (2011). *Schweizerische Gesellschaft für Sozialpsychiatrie (SGSP)*. Online: URL: <http://www.sgsp.ch/index.html> [Datum der Recherche: 22.10.2011]
- SOCIALinfo. (o.J.). *Wörterbuch der Sozialpolitik*. Online: URL: <http://www.socialinfo.ch/cgi-bin/dicopossode/show.cfm?id=517> [Datum der Recherche: 16.09.2011]
- Strik, W. (2005). *150 Jahre Waldau – ein Spiegel der Gesellschaft*. Online: URL: [http://www.kommunikation.unibe.ch/unibe/rektorat/kommunikation/content/e80/e1425/e4697/e4946/e4948/linkliste5267/up\\_125\\_s\\_25\\_werner\\_strik.pdf](http://www.kommunikation.unibe.ch/unibe/rektorat/kommunikation/content/e80/e1425/e4697/e4946/e4948/linkliste5267/up_125_s_25_werner_strik.pdf) [Datum der Recherche: 22.10.2011]

Universitäre Psychiatrische Dienste UPD des Kantons Bern. (2010a). *Gruppenangebote. Gruppe psychisch belasteter Eltern und Therapiegruppe für Kinder*. Online: URL: [http://www.upd.gef.be.ch/upd\\_gef/de/index/angebote-kinder-jugendliche/angebote-kinder-jugendliche/patienten-angehoerige/gruppenangebote.html](http://www.upd.gef.be.ch/upd_gef/de/index/angebote-kinder-jugendliche/angebote-kinder-jugendliche/patienten-angehoerige/gruppenangebote.html) [Datum der Recherche: 22.10.2011]

Universitäre Psychiatrische Dienste UPD des Kantons Bern. (2010b). *Patientinnen und Patienten mit Kindern. Infogruppe für Patientinnen und Patienten mit minderjährigen Kindern*. Online: URL: [http://www.upd.gef.be.ch/upd\\_gef/de/index/angebote-erwachsene/angebote\\_fuer\\_erwachsene/patienten-angehoerige/gruppen\\_fuer\\_patientinnenpatienten.html](http://www.upd.gef.be.ch/upd_gef/de/index/angebote-erwachsene/angebote_fuer_erwachsene/patienten-angehoerige/gruppen_fuer_patientinnenpatienten.html) [Datum der Recherche: 22.10.2011]

WIKIP Winterthurer Präventions- und Versorgungsprojekt für Kinder psychisch kranker Eltern. (o.J.). *Warum braucht es WIKIP?* Online: URL: [http://www.wikip.ch/wikip\\_21D.html](http://www.wikip.ch/wikip_21D.html) [Datum der Recherche: 22.10.2011]

### **Bildnachweis**

Early Edward Munch. (o.J.). Online: URL: <http://joslynlb.com/gallants-edvard-munch-paintings/> [Datum der Recherche: 07.10.2011]

### **13 Abbildungsverzeichnis**

Abbildung 1: Risikoerhöhende und –risikomildernde Bedingungen in der kindlichen Entwicklung.....	36
Abbildung 2: Zusammenfassende Darstellung des transaktionalen Stressmodells.....	52
Abbildung 3: Projektorganisation WIKIP .....	72
Abbildung 4: Aufgaben Projektorgane .....	73

## **14 Anhang**

Anhang A: Interviewleitfaden .....	118
Anhang B: Paraphrasierung und Codierung der Interviews .....	119
Anhang C: Thematischer Vergleich .....	131

## **Anhang A: Interviewleitfaden**

Vorbemerkungen:

Interviewdauer: 30 – 45 Minuten

Einverständnis Tonbandaufnahme

Ergebnisse werden anonymisiert

### **I Einstieg**

- 1. Wie ist Ihr persönlicher Bezug zum Thema Kinder von psychisch kranken Eltern?**
- 2. Was brauchen Kinder psychisch kranker Eltern?**
- 3. Inwiefern besteht aus fachlicher Sicht Handlungsbedarf für die Situation dieser Kinder?**

### **II Spezifische Unterstützungsmöglichkeiten für Kinder psychisch kranker Eltern**

- 4. Wie entstand die Therapiegruppe?**
- 5. Auf welchen Leitgedanken/Konzepte basiert die Therapiegruppe?**
- 6. Wie gross ist die Nachfrage für ihr Angebot?**
- 7. Wie werden betroffene Kinder/Jugendliche erreicht?**
  - **Wie werden Kinder psychisch kranker Eltern erreicht, die in keiner Institution angeschlossen sind, d.h. nicht auffällig geworden sind (beispielsweise Kinder von einem Elternteil mit einer leichten Depression)?**
- 8. Haben Sie Kenntnisse von anderen Angeboten im Grossraum Stadt X?**
- 9. Mit welchen Partnern/Institutionen arbeiten Sie hauptsächlich zusammen?**
- 10. Wie wird die Therapiegruppe finanziert?**

### **III Handlungsbedarf/Optimierung**

- 11. Besteht aus fachlicher Sicht Handlungsbedarf bei der Unterstützung von Kindern psychisch kranker Eltern?**
- 12. Braucht es weitere Angebote, wenn ja, welche?**

### **IV Nachfragen**

## Anhang B: Paraphrasierung und Codierung der Interviews

### Interview Experte A

Zeile	Paraphrase	Überschrift/Codieren
7-10	Neben der Gruppe für Kinder mit psychisch kranken Eltern bestehen weitere Gruppenangebote mit anderen Schwerpunktthemen (Bsp. Scheidungsgruppe, Schulprobleme)	Gruppenangebote der Poliklinik und EB
10-13	Die Gruppe wurde durch A aufgebaut und zu Beginn auch von ihm während ungefähr zwei Jahren geführt, bis er dann andere ausgebildet hat, indem er ein Skript zum Thema erstellt hat.	Aufbau der Gruppe (Kinder psychisch kranker Eltern)
13-16	Die Aufgabe von A besteht darin Themen für Gruppenangebote zu identifizieren, die Gruppen ein bis zwei Jahre oder auch länger selber durchzuführen und danach die Gruppenleitung zu delegieren.	Aufgaben von A
17	Vor ungefähr 10 Jahren hat A die Gruppe für Kinder psychisch kranker Eltern initiiert.	Initiierung (der Gruppe)
23	Es muss ein Bedürfnis vorhanden sein, sonst wären keine Kinder in dieser Gruppe.	Nachfrage
29-31	Sind Themen mit Tabus belastet ist es schwierig sofort an die Kinder ranzukommen. In dem Fall erfordert es eine gewisse Ausdauer.	Erreichbarkeit der Kinder
32-35	Bei der Gründung der Gruppe Kinder psychisch belasteter Eltern wurden zu Beginn Informationen rausgegeben mit Flyers und dann kamen allmählich Anmeldungen worauf die Notwendigkeit eines solchen Angebotes und die Not der Kinder erkannt wurde.	Bekanntmachung des Angebots Notwendigkeit des Angebots
36-38	Im Raum der Deutschschweizer Grossstadt hat sich dieses Angebot nun einigermaßen etabliert, andere Kantone und Städte bekunden diesbezüglich mehr Mühe.	Etablierung des Angebots
46-47	Die Gruppe sieht sich einmal pro Woche und besteht in der Regel aus fünf bis acht Kindern, die Gruppentherapie machen.	Angaben zur Gruppe
52-53	Die Kinder werden von diversen Stellen, wie Erziehungsberater, freischaffenden Psychiater oder auch Kliniken zugewiesen.	Zuweisung (zur Gruppentherapie)
54-56	Ein Erstkontakt läuft über eine telefonische Kontaktaufnahme mit einer Besprechung und Abklärung der Eignung für die Gruppentherapie. Anschliessend findet zweimal ein schnuppern statt und danach kommen die Kinder in die Gruppentherapie.	Erstkontakt (für die Gruppentherapie)
69-75	Die Gruppe wird permanent geführt, weil die Kinder häufig in sehr dramatischen Situationen sind. Wenn etwas passiert müssen die Kinder unmittelbar aufgenommen werden können. Die Dramatik in der privaten Familiensituation ist hoch und die Kinder kommen über eine längere Zeitspanne in die Gruppe, als dies bei anderen Gruppen für Kinder der Fall ist. Das ist darauf zurückzuführen, weil diese Kinder zum Teil unlösbare Probleme haben und die Gruppe deshalb eine viel grössere Bedeutung bekommt.	Zeitspanne/Dauer der Gruppentherapie (Dauer des Angebots?) Bedeutung der Gruppe für die Kinder
76-77	Die Gruppe ist etwas zwischen Therapie und Selbsthilfegruppe, die Kinder helfen sich selber in schwierigen Zeiten.	Einordnung der Gruppe
83-92	Die meisten Kinder erleben sehr schwierige Situationen, wollen aber die Beziehung zu den Eltern behalten. Sie befinden sich häufig in einer Ambivalenz. Deshalb können in der Arbeit mit Kindern die Eltern nicht pathologisiert werden. Die Schutzklärungen der Kinder müssen respektiert werden. Es gibt viele Erfahrungen, die die Kinder sehr stark irritieren. Auch die Parentifizierung, die Kinder beginnen Sachen zu übernehmen, die ihrem Alter nicht entsprechen und erleben so eine Überlastung.	Alltagsbelastungen der Kinder
92-95	Damit Kinder über das Erlebte sprechen können, werden meistens indirekte Methoden eingesetzt. Es werden Geschichten erzählt und die widerspiegeln mögliche Thematiken anhand deren Kinder entscheiden können ob sie	Methodisches Vorgehen in der Gruppe Sinn und Zweck der Gruppe

	ihre eigene Thematik reinbringen wollen. Es ist wichtig diesbezüglich sehr sorgfältig vorzugehen.	
95-107	Ein anderer Zweck der Gruppentherapie ist, dass Kinder erleben, dass auch andere Kinder in derselben Situation sind. Etwas weniger wichtig ist das Edukative, die Kinder über die Erkrankung der Eltern aufzuklären. Wir erachten das als nicht so wichtig, weil das in der Regel nichts bringt. Wenn man zum Beispiel sagt „deine Mutter hat eine bipolare Psychose“ ist das für ein Kind unglaublich schwierig zu ertragen. Zu erleben wie eine Bezugsperson eine psychische Störung hat ist schon für Erwachsene schwierig, für Kinder ist es doppelt schwierig. Es sollen die Verdrängungsmechanismen der Kinder übernommen werden und situativ entschieden werden, wie viel Aufklärung möglich ist.	Sinn und Zweck der Gruppe Aufklärung über die Erkrankung
111-112	Aufklärung kann eher bei Jugendlichen oder Erwachsenen erfolgen, Kinder wollen die Mutter oder den Vater.	Aufklärung über die Erkrankung
125-129	Die Mehrheit der Eltern deren Kinder in der Therapiegruppe sind, hatten Klinikaufenthalte. Aber es gibt auch solche die zu Hause sind und bei denen ausserhalb der Klinik eine Diagnose gestellt wurde.	Erreichbarkeit von Betroffenen
134-137	Ob die Kinder erreicht werden kommt stark auf die Sensibilisierung der Umgebung an. Es braucht diesbezüglich ein Tabubruch. Es kommt darauf an, wie das Umfeld – Frau, Mann, Schwester – gegenüber der psychischen Erkrankung eines Elternteils eingestellt ist.	Erreichbarkeit der Kinder
137-139	A geht davon aus, dass viele Kinder nicht erreicht werden. Das ist klar, das ist eine Problematik, die vorhanden ist.	Erreichbarkeit der Kinder (als Problematik)
139-143	Häufig wird nicht daran gedacht, dass Kinder vorhanden sind und was mit ihnen passiert. A und seine Mitarbeitenden haben auch probiert Aufklärungsarbeit in den Kliniken zu machen, diese zu informieren, denn häufig wird dort gar nicht nach den Kindern gefragt. Jetzt wird ein wenig mehr nachgefragt. Meist denken Psychiater oder auch Sozialarbeiter in bestimmten Situationen daran.	Erhebung der Situation der Kinder bei Klinikeintritt Aufklärungsarbeit in der Klinik
151-157	Aufklärung wurde gemacht, indem A und sein Team vorbei gegangen sind und das Projekt erklärt haben. Sie haben ein wenig eine Sensibilisierung der Fachpersonen gemacht.	Aufklärung von Fachpersonen
159-164	Die Sensibilisierung der Eltern erfolgt indirekt. Bei anderen Gruppen (Bsp.Scheidungsgruppe) werden direkt Informationen an die Eltern weitergegeben, nicht aber bei psychisch kranken Eltern. Psychisch kranke Eltern haben sich praktisch nie selber gemeldet.	Sensibilisierung der Eltern Aufsuchen des Angebots von Seiten Eltern
168-176	Die Gründe dass sich Eltern nicht selber melden sind, dass sie in sehr schwierigen Situationen sind und sozial ein wenig am Rand und etwas inkompetent. Sie schreiben ihren Zustand nicht einer psychischen Erkrankung zu, sondern anderen Sachen. Die Krankheitseinsicht fehlt bei vielen. Bei anderen fehlt es krankheitsbedingt an rationalem Verhalten. Beispielsweise indem sich Eltern an die Kinder klammern und nicht fähig sind zu sagen, sie seien krank und bräuchten Hilfe, diese Situationen sind aber selten.	Gründe für fehlendes aufsuchen des Angebots von Seiten Eltern / oder nur „Aufsuchen des Angebots von Seiten Eltern“
178-179	Weitere Gruppenangebote im Raum der Deutschschweizer Grosstadt gibt es seines Wissens nicht, Beratungen gibt es.	Weitere Gruppenangebote
193-201	Die Angliederung an eine Poliklinik und an die Erziehungsberatung ist ein grosser Vorteil. Es hat viele Psychologen und Psychiater. Die Vernetzung mit der Schulsozialarbeit ist gut. Durch die Schulsozialarbeit werden Kindern unsere Angebote empfohlen. Die Vernetzung ist vorhanden. A und seine Mitarbeitenden informieren regelmässig über den Beginn der Gruppenangebote und verschicken Prospekte.	Vernetzung
203-220	In erster Linie geht es A und seine Mitarbeitenden um das Kind. Kleinere Zusammenarbeit beispielsweise mit einem Psychiater, der mit der Familie arbeitet oder mit der Schule, wenn die involviert ist, ist aber schon vorhanden. Grössere Formen der Zusammenarbeit werden bei Notwendigkeit eher angestossen. Beispielsweise, wenn das Sozialamt einbezogen werden muss, oder wenn es eine Gefährdungsmeldung gibt.	Verschiedene Formen von Zusammenarbeit



	Das wird aber wenig gemacht. Es wird nicht gross mit Vernetzung gearbeitet. Wichtiger ist zu wissen, welche Person wirklich verantwortlich und zuständig ist.	
222-231	A und seine Mitarbeitenden können andere Stellen (Bsp. Kinderschutzbehörden) auch nur informieren, dass es ein Angebot gibt. Danach müssen sie an A und seine Mitarbeitenden gelangen. Inwiefern das gelingt ist unterschiedlich. Es ist für A auch schwierig zu beurteilen. Es passiert und passiert nicht. Zum Teil ist die Information gut und zum Teil ist sie nicht gut. A und seine Mitarbeitenden möchten auch nicht zu viel informieren und sie wollen nicht ein Thema anrühren, dass dann plötzlich breitgewalzt wird. Nur so viele Informationen geben, dass die Fachpersonen, die sich darum kümmern darauf zurückgreifen können.	Zusammenarbeit Informationsvermittlung
236-241	Jugendliche können sich eher selber melden als Kinder. Kinder wollen in der Regel die Familie schützen. Es muss auch das Wissen um die Krankheit der Mutter oder des Vaters vorhanden sein. Das ist riesen Schritt zu sehen, dass ein Elternteil krank ist.	Voraussetzungen für die Kontaktaufnahme (durch Kinder und Jugendliche)
241-250	Bei offenen Beratungsstellen besteht eine gewisse Gefahr, dass sich auch Kinder melden, die gesund sind, damit sie ein Thema haben. Beispielsweise im Rahmen einer vorpubertären Auseinandersetzung. Diesbezüglich ist es wichtig abzuklären, was wirklich vorhanden ist. Kinder können je nach dem auch Sachen erzählen, die dann vielleicht gar nicht stimmen. Diese Gefahr besteht auch, wenn in der Schule informiert wird und viele Kinder dann plötzlich darauf aufspringen.	Diskussion anderer Angebote Gefahren bei zu offensiver Information
252-259	Es braucht weitere Angebote. Denn es ist eine am Schwersten zu ertragende Schwierigkeit für ein Kind, am meisten tabuisiert.	Erfordernis zusätzlicher Angebote Belastungen der Kinder
259-266	In der Psychiatrie ist die Sensibilisierung der Fachpersonen unterschiedlich. Es gibt Fachpersonen, die das Umfeld bei einem Klinikeintritt mit einbeziehen. Andere sehen einfach den Patient. Sehen nicht, dass der Patient aus dem Umfeld rausgerissen wird und dieses vielleicht auch einige Schwierigkeiten damit hat. Auf dieser Ebene braucht es eine Sensibilisierung. Es wäre gut, wenn man irgendetwas in diese Richtung organisieren könnte. Angebote gibt es im Grunde genommen schon, das Hauptproblem ist die Sensibilisierung der Fachpersonen.	Sensibilisierung der Fachpersonen Umgang mit der Thematik bei Klinikaufenthalt Angebotspalette
274-278	In der Poliklinik gibt es neben der Gruppentherapie auch die Familientherapie oder ein Kind kann in die Einzeltherapie gehen. A nimmt an, dass das gemacht wird. Die Gruppentherapie ist bei Kindern sehr nützlich, sie können sich selber helfen, das ist der Vorteil.	Vernetzung
280-287	Die Therapiegruppe wird vom Kanton finanziert. In der Anfangsphase, bis es ein wenig angelaufen ist, hat eine Stiftung einen Beitrag geleistet. Jetzt trägt der Kanton vollumfänglich die Kosten.	Finanzierung der Gruppe
289-294	Die Initiative für die Gruppe wurde vom A ergriffen. Das geht aber über diverse Gespräche mit verschiedenen Personen. Es gibt immer wieder Themen, die diskutiert werden.	Initiative (für die Gründung der Gruppe)
302-309	Die Information der Fachstellen läuft via Rundmails. Dort steht alles drin. Dadurch kennen sie das Angebot. Zusätzlich informieren A und seine Mitarbeitenden noch über den Beginn der neuen Gruppen. Zum Teil laden sie auch zu Informationsanlässe ein. Aber da kommt praktisch niemand. Das funktioniert auf diese Art. Man sieht sie auch an bestimmten Anlässen und spricht dort darüber.	Information der Fachstellen Informationskanäle
319-321	Schulen werden nicht direkt informiert. Sondern die Schulsozialarbeiter. Schulen informieren bringt nichts. Die Schulsozialarbeiter sind im Verteiler drin, zum Teil Psychiater und Kinderärzte und dann noch andere Psychotherapeuten.	Information der Fachstellen Informationskanäle
333-340	Es ist bekannt, dass Kinder psychisch kranker Eltern in der Erwachsenenpsychiatrie nicht wirklich Thema sind. A und seine Mitarbeitenden versuchen die Mitarbeitenden der Erwachsenenklinik zu sensibilisieren, dass es noch Kinder hat. Es wird nicht abgeklärt, ob noch Kinder da sind.	Relevanz der Thematik in der Erwachsenenpsychiatrie Erfassung der Situation der Kinder bei Klinikaufenthalt

## Interview Expertin B

<b>Zeile</b>	<b>Paraphrase</b>	<b>Überschrift/Codieren</b>
17-20	Vor rund 12 Jahren führte die Ungewissheit, ob Kinder bei Patienten vorhanden sind oder nicht zur Initiierung der Infogruppe.	Gründe für Initiierung des Angebotes
20-24	Privat als Mutter erlebt B wie zwei Mädchen der Schule X. von ihrer Mutter erschossen/ angeschossen wurden. Das erschossene Mädchen war mit ihrer Tochter in der Musikschule.	Persönlicher Bezug zur Thematik
24-33	Am Vortag war eine Bekannte von B mit der Mutter und den Töchtern im Kino gewesen. Dabei hatte die Bekannte festgestellt, dass die Mutter von vergifteten Pommes-Chips sprach und sagte, dass man niemandem trauen könne. Die Bekannte machte sich Gedanken, wusste jedoch nicht wie reagieren. Am nächsten Tag kam es zur Tötung/Verletzung und versuchte Suizidierung. Die Bekannte machte sich Vorwürfe. Was hätte sie tun können? An wen kann man sich in dieser Situation wenden?	Hilflosigkeit gegenüber der Thematik
38-43	Im Elternrat der Schule X. wurde besprochen, dass man sich bei der EB anonym in dieser Situation Hilfe holen kann.	Unterstützungsmöglichkeiten durch EB
43-51	Auf Klinikebene besprach sich B mit dem Oberarzt wie man die Eltern unterstützen kann. Dies beinhaltet über das Krankheitsbild zu informieren und nach Hilfen für die Kinder suchen. Zuerst wurde dies auf der Station durchgeführt, anschliessend erweitert auf die Kinder- und Jugendpsychiatrie. Der Direktor der KJPD hat das Projekt dann klinikübergreifend vorgeschlagen.	Initiierung Entwicklung des Angebotes
51	Es wurden Gruppen gemacht und es folgten Evaluationen.	Evaluation
52-57	Einzelsetting versus Gruppensetting. Aus Gruppensetting wurde häufig Einzelsetting, da nur wenige Leute interessiert waren.	Einzelsetting versus Gruppensetting
57-61	Es entstanden Schwierigkeiten beim Feststellen, ob Kinder vorhanden sind, da es im Aufnahmeprotokoll keine Fragen dazu gibt. Dies wollte man bei der Informatik verändern. Doch bis heute fehlt die Frage nach minderjährigen Kindern.	Aufnahmeprotokoll
69-70	Es wird nur nach Bezugspersonen oder Angehörigen gefragt, nicht explizit nach minderjährigen Kindern.	Aufnahmeprotokoll
74, 78	Die Vermutung besteht, dass dies von der Informatik her nicht verändert werden kann. B weiss es nicht.	Aufnahmeprotokoll
86-88	Der Direktor der KJPD und Stv. Direktor der Erwachsenenpsychiatrie machten sich stark für diese Veränderung im Aufnahmeblatt.	Aufnahmeprotokoll
92-93	Nach dem Wissen von B wird nicht explizit nach Kindern gefragt.	Aufnahmeprotokoll
97-99	Es wurden Daten gesammelt. Eine Auswertung wurde nicht gemacht.	Datensammlung und fehlende Auswertung
99-112	Jemand hat dazu eine Liz-Arbeit verfasst. Zu dritt wurde diese Studie in X. verfasst. Die genaue Fragestellung ist B nicht mehr bekannt.	Liz-Arbeit zum Thema
118-131	Es bestehen Flyer für die interdisziplinären Teams und Flyer für die Patienten. In den Team-Flyer wird das Ziel der niederschweligen Information zu Angeboten und der Rolle als Eltern erläutert. Die Information zu den Angeboten soll niederschwellig erfolgen. Weiter wird die Elternrolle thematisiert. In den Patienten-Flyer wird gefragt, ob minderjährige Kinder vorhanden sind und ob Bedarf an Unterstützung besteht. Bei Interesse wird eine Gruppe am Donnerstag von 2 bis 3 Uhr durchgeführt. Bei speziellen Fragen besteht die Möglichkeit für ein persönliches Gespräch. Bisher wurden die Stationen wöchentlich angefragt, ob interessierte Patienten da sind.	Informationsvermittlung
132-133	Es bestanden unterschiedliche Nachfragen von den jeweiligen Stationen.	Nachfrage für die Gruppe
134-136	Dabei spielt die Einstellung des Pflege-Teams eine wichtige Rolle. Die Patienten müssen das Angebot als Bereicherung und Entlastung empfinden.	Bekanntmachung der Gruppe

137-140	Patienten, welche stark in ihrer Krankheit gefangen sind, sind schwerer für die Infogruppe zu motivieren. Sie sehen keine Entlastung in der Infogruppe.	Zuweisung
140-142	Der Ablauf der Infogruppe ist sehr unterschiedlich.	Unterschiedlicher Ablauf der Gruppe
142-147	Der Patient ist im Zentrum, rundum werden positive wie negative Einflussfaktoren aufgezählt wie Arzt, Schule etc. Fragen zum Elternsein, Fragen zum Kindsein werden gemeinsam bearbeitet.	Arbeitsweisen in der Gruppe
147-149	Wegen dem schlechten Gewissen werden die Probleme unter den Tisch gekehrt statt offen zu informieren	Alltagsbelastung
149-168	Das Ziel ist es, dass die Eltern ihre Kinder offen über die Krankheit informieren. Die Eltern sollen sich getrauen Hilfe von aussen anzunehmen und müssen nicht alles selbst machen. Der Druck auf die Eltern soll vermindert werden und sie sollen Angebote kennen lernen wie die EB, psychologische Dienste, etc. Allenfalls wird eine Abklärung auf der EB empfohlen. Falls erwünscht kann eine Vernetzung mit der EB vollzogen werden. Zudem bietet B an, dass sie mit den Kindern die Krankheitsbilder anschaut. Dieses Angebot ist für das stationäre Setting gedacht.	Arbeitsweise in der Gruppe  Vernetzung  Aufklärung für Kinder
172-178	Früher arbeiteten die KJPD und die Erwachsenenpsychiatrie zusammen und es wurden Jahrespläne aufgestellt, wo ersichtlich war wer zuständig war für die einzelnen Gruppen.	Wandel in der Zusammenarbeit
169-180	Durch die Erfahrungen der verschiedenen Gruppenleitungen hat sich die KJPD nun für sechs Module entschieden, in welchen verschiedene Fragestellungen besprochen werden. Die KJPD bietet ihr Projekt im ambulanten Setting am Standort C an.	Gruppe psychisch belasteter Eltern
181-187	Die Idee war, dass die ausgetretenen Patienten vom stationären Setting oder vom KIZ am Abend an den Standort C gehen konnten. Die Nachfrage war gering und es wurde eingestellt. Nun hat es wieder begonnen. Wechselt sich ab mit Durchführung, Stopp, Durchführen etc.	Gruppe psychisch belasteter Eltern
188-195	In der Psychiatrieklinik ist das Interesse grundsätzlich da. Die Infogruppe wurde von B freiwillig in ihr Pflichtenheft genommen. Die Durchführung hängt an B. Falls B keine Kapazität mehr hat, würde die Gruppe womöglich sterben.	Nachfrage  Alleinzuständigkeit für Gruppe
195-197	Im Rahmen der Umbauarbeiten war die Gruppe ein halbes Jahr eingestellt. Es kam immer wieder zu Anmeldungen.	Nachfrage
207-243	Im Infogruppenzimmer befindet sich auch das Spielzimmer mit Spielmaterial. Früher bestand ein Abkommen mit der KITA X., um sich als Eltern dort mit den Kindern zu treffen. Dies wurde nie beansprucht. Über das Spielzimmer wissen alle, welche mit den Patienten zusammen arbeiten Bescheid. In der Loge kann der Schlüssel zum Spielzimmer abgeholt werden. Dieses Angebot wird nie benutzt. Einmal hat sich jemand gemeldet, doch die fanden dann einen anderen Ort. Wichtig ist, dass ein unkompliziertes Angebot besteht. Informationen werden durch Flyer und Intranet weitergegeben und auf der Station aufgelegt. Das Angebot wird jedoch nicht benutzt.	Angebote        Nachfrage       Bekanntmachung der Gruppe
247-253	Das Bedürfnis für eine Gruppe ist aktuell nicht vorhanden. A würde beim Eintritt Flyer abgeben und Einzelsetting anbieten. Allenfalls würde Patient weiter vernetzt werden.	Nachfrage Handlungsbedarf
253-261	KJPD hat sich bei B gemeldet, da viele Assistenzärzte aus Deutschland Gruppenerfahrung brauchen und diese die Gruppen leiten möchten. Die Zusammenarbeit klappt jedoch nicht.	Zusammenarbeit KJPD- Erwachsenenpsychiatrie
265-280	Momentan ist eine Frau in der Infogruppe. Die genießt das Angebot ausgiebig. Es geht darum sie zu stärken und ihr Mut zu machen. Professionelle aus der Erwachsenen- und Kinderpsychiatrie ergänzen sich dabei.	Nachfrage Arbeitsweisen/ methodisches Vorgehen
284-298	Sonst ist niemand in der Gruppe. Die Patienten für die Infogruppe zu motivieren ist stark von der Pflege und den Ärzten abhängig. Durch Telefonate wird abgeklärt, ob sich	Bekanntmachung der Gruppe

	interessierte Patienten auf der Station befinden. Je nachdem welcher Wind gerade in der Pflege weht werden Patienten motiviert oder nicht.	
303-312	Von Station X. kam für ein halbes Jahr eine ganze Gruppe in die Infogruppe. Gründe für die Teilnahme sind: Informationsfluss und gruppenfähige Patienten. Gründe einer Nicht-Teilnahme sind: stark psychotisch, kurze Aufenthalte und Orientierung nach aussen.	Nachfrage
312-324	Wichtig ist, dass die Flyer abgegeben werden und darauf aufmerksam gemacht wird, dass noch eine ambulante Gruppe besteht. Die Flyer wurden neu gestaltet. Auf der Rückseite werden die Patienten beispielsweise über die Erziehungsberatungsstellen informiert.	Bekanntmachung der Gruppe Flyer für Gruppe
329-333	Es wird diverses Infomaterial abgegeben wie pro juventute-Broschüre und es werden spezifische Bücher zu Krankheiten ausgelehnt. Die Broschüre ist leider sehr teuer und das wird budgetmässig schwierig.	Infomaterial der Gruppe
338-346	Mögliche Angebote im Raum der Deutschschweizer Grosstadt sind KITA und Tageseltern. Die Zusammenarbeit mit den KITA's wurde schwieriger und auch bei den Notfallplätzen bestehen Wartezeiten. Es ist wichtig, dass die Kinder externe Netze haben.	Unterstützungsangebote allg.
350-364	Die Erziehungsberatungsstellen sind sehr wichtig. In der Deutschschweizer Grosstadt und in einer weiteren Schweizer Grosstadt im selben Kanton hat es Gruppen für Kinder. Durch die Weitergabe von Information zu den Krankheitsbildern, können z.B. Vormundschaftsbehörden sensibilisiert werden.	Weitere Gruppenangebote Sensibilisierung für Thematik
368-380	Spezifische Gruppen im Kontext von psychischen Erkrankungen sind Gruppen mit belasteten Familien, Scheidungsfamilien und Familien mit Alkoholproblemen. Weiter hat es eine Gruppe der KJPD. Eine Vernetzung mit der EB, mit den Notaufnahmegruppen, mit dem Kinderheim X. und mit einem Beistand sind dabei zentral. Die Eltern bestärken Hilfen von aussen anzunehmen und Ängste abzubauen.	Weitere Gruppenangebote Vernetzung der Kinder Unterstützungsangebote
384-386	Partnerinstitution ist die KJPD. Mit der KJPD am Standort X. werden Patienten unter Umständen vernetzt, um Abklärungen zu machen.	Partnerinstitution KJPD Vernetzung der Kinder
388-394	Es besteht keine spezifische Finanzierung. Die Infogruppe gehört ins Pflichtenheft von B. B ist diejenige, welche alles macht.	Infogruppe ist Bestandteil des Pflichtenheftes Finanzierung Alleinzuständigkeit
400-406	Im Raum der Deutschschweizer Grosstadt bestehen gute Sachen. Wünschenswert wäre es, dass es schneller geht und die Leute nicht lange auf einen KITA-Platz warten müssen. Die Eltern sollen entlastet werden, die Kinder sollen sozialisiert werden. Durch die Entlastung der Eltern sollen die wieder Schnupf haben in Ruhe etwas mit den Kindern zu machen.	Unterstützungsangebote allg. Entlastung der Eltern
406-423	Durch Aufgabenhilfen können Eltern entlastet werden. Bei Auffälligkeiten der Kinder müssen Abklärungen durchgeführt werden. Dadurch wird die Mutter entlastet. Die Zusammenarbeit mit Lehrkräften ist manchmal für die Eltern schwierig.	Entlastung der Eltern Schwierige Zusammenarbeit Eltern/Lehrer
423-426	In der Erwachsenenpsychiatrie am Standort B kann man viel machen. In der Zeit, wenn die Eltern stationär sind, müssen sie zu sich schauen. Der Aufenthalt soll ihnen Entlastung verschaffen.	Entlastung der Eltern durch stationären Aufenthalt
426-430	Ein Kind Zuhause zu haben, welches pubertiert, Schulprobleme etc. hat, ist eine normale Belastung. Wenn die Eltern auch noch psychische Probleme haben, dann ist dies fast nicht tragbar. Das Gefühl der Eltern, dass sie sich um das Kind kümmern sollten, wird bei den kurzen Aufenthalten vergessen.	Eltern sein ist Herausforderung - Eltern sein mit psychischen Problemen ist fast nicht tragbar
434-443	Es sind viele kurze Aufenthalte. Glücklicherweise kann man bei einer Weitervernetzung mit den Tageskliniken dran bleiben und weitere Schwierigkeiten auffangen.	Konstante Betreuung der Eltern nach Austritt Vernetzung der Eltern
447-458	Die Zeit mit den Patienten zu arbeiten wird durch kurze Aufenthalte verkürzt. B wünscht sich, dass Patienten die Pflicht	Stationäre Aufenthalte sind zu kurz

	hätten ein Mal in der Infogruppe zu schnuppern. Leider ist das nicht möglich. Darum ist es wichtig, dass die Patienten den Flyer erhalten, doch diese liegen nur auf und gehen dabei häufig vergessen.	Vision: Gruppenobligatorium
463-470	Kinder brauchen Vertrauenspersonen und eine Ort, wo sie Fragen stellen können und kindgerechte Antworten und Erklärungen erhalten. Dabei sollen Ängste abgebaut werden.	Bedürfnisse der Kinder
474-483	Tabuisierung und Wut abbauen und die Kinder ernst nehmen. Kinder dürfen nicht die Erwachsenenrollen übernehmen. Expertin gibt ihre Nummer ab. Die Kinder können jederzeit mit ihr Kontakt aufnehmen.	Bedürfnisse der Kinder
483-487	Weil B sich in der Erwachsenenpsychiatrie am Standort B befindet, ist klar, dass alles über sie läuft. Es braucht immer eine Ansprechperson, die Ideen hat.	Alleinzuständigkeit
487-496	Eine neue Idee war, dass jemand vom Stationsteam die Leute begleitet. Die KJPD würde dann aussteigen. Das sind so Phantasien. Doch es ist nicht möglich, da die Teams im Moment andere Sorgen haben und stark belastet sind.	Phantasien
496-516	Wichtig ist, dass das Angebot im Stationsalltag laufen kann und es ist institutionalisiert. Alle Räume sind reserviert. Alles steht bereit, es muss nur jemand kommen. Die Gruppe findet immer statt, bereits ab einer Person. Diese Person kann dann sehr profitieren.	Gruppe ist institutionalisiert
520-537	Die Unterlagen beinhalten Daten zu den einzelnen Patienten, welcher bei der Infogruppe mitgemacht haben. Die Daten wurden ausgewertet um die Betreuungssituation zu beurteilen, wie viele minderjährige Kinder, mit wem leben diese zusammen. B stellt fest, dass sie sich in der Jahreszahl getäuscht hat. Der Beginn der Infogruppe war 1996. Die Stichproben waren eher gering und daher liessen sich die Auswertungen nicht verallgemeinern. B hält fest, dass die KJPD sehr aktiv interessiert gewesen war und nun ist es eine andere Zeit und andere Prioritäten werden gesetzt. Früher wurde die Finanzierung der pro juventute-Broschüren von der KJPD übernommen. Die hält nun fest, dass dies Sache der Erwachsenenpsychiatrie sei. Das Projekt wurde evaluiert und daraus entstand eine ambulante Gruppe am Standort C. Weiter hält B fest, dass sie weitermacht und von ihren Vorgesetzten dies auch so zur Kenntnis genommen wird. Die Arbeit sei nicht mehr aktiv nach aussen, die Energie lasse nach; aber das Angebot steht.	Auswertung von Daten  Verallgemeinerung unmöglich  Zusammenarbeit KJPD- Erwachsenenpsychiatrie  Gruppe psychisch belasteter Eltern  Gruppe ist institutionalisiert  Engagement vermindert

## Interview Expertin C

Zeile	Paraphrase	Überschrift/Codieren
1-6	Am Standort C der Psychiatrieklinik wurden Erhebungen zu den psychosozialen Belastungen von Eltern und Kindern gemacht. Die Studie wird Ende Jahr ausgewertet und danach beendet.	Erfassung der Situation anhand einer Studie
12-15	Diese Studie bezieht sich sowohl auf ambulante, halbstationäre wie auch stationäre erwachsene Patienten. Es wurde eine Vollerhebung gemacht.	Teilnehmende der Studie
17-24	Es wurden die Eintrittslisten angeschaut aller Patienten der Tagesklinik, akut Tagesklinik, KIZ und aller Patienten, die ein bis zweimal pro Woche ambulante Sitzungen wahrgenommen haben. Für das Erstgespräch erhielten die Assistenzärzte und Assistenzärztinnen ein Formular, damit eruiert werden konnte, ob die Patienten Kinder haben und an einem Beratungsgespräch interessiert wären. Ziel, war, das Thema aufzugreifen. Gerade in der Anfangsphase wurden Fachpersonen immer wieder auf die Studie und auf die Wichtigkeit des Themas aufmerksam gemacht. Der Reminder und der Rapport wurden dazu genutzt. Daraus hat sich eine grosse Sensibilisierung ergeben. Seit 2008 läuft die Studie und es wurde festgestellt, dass nun beispielsweise auch die Mitarbeitenden des KIZ sehr sensibilisiert sind und zum Teil auch ganz spontane Anfragen machen.	Ablauf der Studie Erfassung der Situation im Erstgespräch Vernetzung mit der Gruppe Sensibilisierung der Fachpersonen
25-32	Es ist ein Interesse von Seiten der Eltern da. Im Rahmen der Studie wurden auch keine Kosten in Rechnung gestellt. In Zahlen ausgedrückt, haben 39% der Eltern ein Beratungsgespräch in Anspruch genommen.	Nachfrage Kosten
39-44	Die Initiative für die Studie ist vom Direktor der Kinder und Jugendpsychiatrie ausgegangen. Kinder psychisch kranker Eltern ist ein wichtiges Thema für ihn. Die Studie ist also mehr oder weniger auf seine Motivation hin entstanden. Zusammen mit der Expertin, anderen Ärzten, PraktikantInnen und StudentInnen wurde das Gruppenangebot entwickelt.	Initiierung der Gruppe Motivation für die Thematik
46-47	Für C persönlich ist eine wichtige Motivation, dass sie im Rahmen dieser Studie ihre Dissertation macht.	Persönliche Motivation für die Thematik
48-55	C hat durch den Kontakt mit erwachsenen PatientInnen erfahren wie belastend das Zusammenleben mit den Müttern oder Vätern war. Es geht nicht eigentlich um die psychische Erkrankung sondern vielmehr um deren Auswirkungen, wie beispielsweise die Parentifizierung. Dadurch ist ein Kind sehr stark auf die Mutter oder den Vater ausgerichtet, auf deren Bedürfnisse. Es ist zum Teil wie eine Nabelschnur, die auch im erwachsenen Alter noch besteht und sie immer noch mit den Eltern verbunden sind. Die Frage stellt sich dann, was das für die eigenen Bedürfnisse bedeutet. Diese werden überhaupt nicht wahrgenommen und anerkannt. Das wirkt sich zum Teil auch auf die Partnerschaft im Erwachsenenalter aus. Es ist ein ganz wichtiges Thema.	Persönlicher Bezug Motivation für die Thematik Alltagsbelastungen Proximaler Risikofaktor Auswirkungen auf die Entwicklung Folgen im Erwachsenenalter Bedürfnisse der Kinder
57-62	Das Thema der Dissertation ist der Vergleich zwischen psychisch kranken Eltern und deren Kindern und an Rheuma erkrankte Eltern und deren Kinder. Wie belastet sie sind, was für Unterschiede und Gemeinsamkeiten bestehen. Die Kinder von körperlich erkrankten Eltern werden oft vergessen.	Motivation für die Thematik
64-79	Dass bei den Angeboten die Initiative häufig von der KJPD ausgeht kann möglicherweise dadurch erklärt werden, dass sich Psychiater und Psychologen der Erwachsenen vielleicht eher unsicher fühlen im Umgang mit den Kindern. Sie haben eine riesige Kompetenz mit den Erwachsenen, dort verfügen sie über ein Konzept, aber mit Kindern sind sie häufig unsicher. Das ist aber ein sehr subjektives Gefühl. Aber durch diese Unsicherheit, wie und in welcher Form der Einbezug der Kinder gelingen kann hat zur Folge, dass sie auf diesem Gebiet keine Fachmänner/Fachfrauen sind. Das wäre eine Erklärung. Weiter ist der Fokus auf dem erwachsenen Patient.	Initiative für die Angebote bei der KJPD Unsicherheit der Fachpersonen in der Erwachsenenpsychiatrie im Umgang mit Kindern Fokus auf dem erwachsenen Patient

	Es stellt sich die Frage, wie rede ich mit dem Kind? Insbesondere wenn sich Fachpersonen hauptsächlich gewohnt sind mit einem erwachsenen Menschen therapeutisch zu arbeiten.	
81-85	Die KJPD ist häufig mit Kindern konfrontiert, deren Eltern eine psychische Erkrankung haben. Dadurch sind Fachpersonen sensibilisierter auf die Thematik. Das hat seinen Ursprung auch in der Forschung.	Kinder psychisch kranker Eltern in der KJPD  Initiative/Sensibilisierung
85-91	Der nähere Bezug zur Thematik bei der KJPD könnte auch durch den näheren Zugang zur Forschung begründet werden. Diesbezüglich hat die KJPD einen Wissensvorsprung, der vielleicht in der Erwachsenenpsychiatrie fehlt. Es gibt Studien, die sagen, dass für ein Kind ein dreifaches Risiko besteht selbst an einer psychischen Störung zu erkranken. Andere Studien zeigen ein dreifach bis fünffach erhöhtes Risiko (Kauai Studie, Bielefelder Studie, Lösel und Bender-Studie). Die Risiko- und Resilienzfaktoren sind ziemlich gut belegt. Das ist Wissen über das die Kinder- und Jugendpsychiatrie verfügt.	Wissensvorsprung der KJPD  Bezug zur Forschung  Risikoforschung
94-101	Professor der KJPD und zwei weitere Fachpersonen haben vor einigen Jahren eine Studie in der Psychiatrieklinik am Standort B gemacht. Aber Kinder von psychisch kranken Eltern werden dort nicht berücksichtigt. C ist nicht klar, woran das scheitert. Es wurde über eine gewisse Zeitdauer eine Vollerhebung gemacht und dort auch darauf hingewiesen wie wichtig es ist.	Erfassung der Situation durch Studie
103-115	C weiss nicht genau welche Erfassungsinstrumente bei der Aufnahme in der Erwachsenenpsychiatrie am Standort B vorhanden sind.	Erfassung der Situation durch Studie
115-118	Bis Ende Jahr wird noch eine systematische Erfassung gemacht. Das bedeutet, erfassen und alle mit der Basisdokumentation anschreiben, diese wird dann an die Studienverantwortlichen zurückgeschickt. Bei der Aufnahme müssen die Ärzte die Patienten fragen, ob sie Kinder haben und an einem Beratungsgespräch interessiert sind.	Dauer des Projekts/Studie  Ablauf der Studie
118-120	Es ist noch unklar wie nächstes Jahr mit der Thematik gearbeitet wird. Vielleicht sind die Psychologen wieder vermehrt an den Rapporten oder die Ärzte und die Pflege werden aufmerksam gemacht diese zu kontaktieren.	Zukünftige Perspektive
122-129	C fände es schade, wenn mit dem Ende der Studie im Dezember auch das Projekt beendet wäre. Die Zusammenarbeit am Standort C war wirklich gut.	Zusammenarbeit
127-131	Am Standort C wurde festgestellt, dass es seit 2008 (Beginn der Studie) eine Entlastung gibt. Die Eltern werden zu den Psychologen geschickt und beraten. Auch weitere Fragen werden bearbeitet. Das ist mittlerweile eine gut eingespielte Zusammenarbeit am Standort C.	Zusammenarbeit  Entlastung in der Behandlung
131-134	Es wäre wichtig das Angebot auch nach Beendigung der Studie weiterzuführen. Aber es ist noch unklar wie es anschliessend weitergeht. Ärzte und Pflege müssen wahrscheinlich immer wieder darauf aufmerksam gemacht werden, daran zu denken, ob die erwachsenen Patienten noch Kinder haben.	Wichtigkeit des Angebots  Unklare Zukunftsperspektive bezüglich des Angebots
136-144	Wenn es machbar wäre, wäre eine systematische Einführung bei der Erfassung und der Weiterleitung an das entsprechende Angebot als fixer Bestandteil bei der Aufnahme der Patienten gut. Es ist aber unklar auf welcher Ebene das schlussendlich immer scheitert.	Systematische Erfassung  Zukunftsperspektive  Schwierigkeiten bei der Umsetzung
150-155	Expertin B ist in der Erwachsenenpsychiatrie am Standort B sehr engagiert. Durch sie werden die Fachpersonen am Standort B sensibilisiert. Sie hat die Rolle der Vermittlung. Die Gruppe am Standort C wird von der KJPD betreut und angeboten und B rekrutiert Patienten, die Interesse haben. Diesbezüglich besteht eine gute und sehr wertvolle Zusammenarbeit.	Zusammenarbeit Erwachsenenpsychiatrie am Standort B und KJPD am Standort C
158-174	Die Gruppe von Experte A ist nochmals eine andere Sache. Expertin B bietet Beratung und Info an, für stationär hospitalisierte Patienten. Es ist ein kleines Gruppenangebot	Wissen über die anderen bestehenden Angebote der Erwachsenenpsychiatrie

	das sich bildet. Besteht kein Interesse von Seiten der Patienten dann findet sie nicht statt. B hat auch Flyer der Elterngruppe. Sie ist sehr engagiert und das ist für die Zusammenarbeit sehr wertvoll.	Vermittlung Zusammenarbeit
179-181	Die Arbeitsbelastung am Standort C oder B ist gross. Auf den Mitarbeitenden lastet ein riesiger Druck. Da gehen leider diese Themen vergessen, wenn man bedenkt, dass diese Kinder einmal gross sind.	Arbeitssituation/ Arbeitsbelastung der Fachpersonen
186-193	Kinder psychisch kranker Eltern brauchen stabile, zuverlässige und langandauernde Bezugspersonen. Das müssen nicht Mutter und Vater sein. Das kann auch eine Grossmutter oder eine Tante sein. Das ist sehr wichtig, insbesondere bei alleinerziehenden Vätern oder Müttern. Ganz allgemein ein gutes Netz, Peers und Bezugspersonen. Weiter wichtig sind Integration, soziales Netz, schulische Fähigkeiten und Unterstützung. Oft ist es auch so, dass psychisch kranke Eltern so instabil sind, dass das Kind das letzte Glied in der Kette ist. Ein Kind braucht Informationen wohin es sich wenden kann, wenn es einem Elternteil ganz schlecht geht. Beispielsweise in einer Krisensituation, bei Suizidalität.	Bedürfnisse der Kinder  Unterstützungsmöglichkeiten von Kindern
193-196	In den sechs Modulen der Gruppe psychisch belasteter Eltern ist der Fokus stark auf dem Ausarbeiten eines Notfallplans. Den Eltern wird die Wichtigkeit eines solchen aufgezeigt, damit ihre Kinder wissen, wohin sie sich wenden können, wo sie anrufen können. Es geht um Vermittlung von Informationen in diesem Bereich.	Inhalte des Gruppenangebots
196-200	Ganz wichtig ist auch, dass keine Tabuisierung in Bezug auf die Erkrankung stattfindet. Es ist wichtig über die Krankheit zu sprechen, die Symptome, das Auftreten der Erkrankung zu den verschiedenen Zeitpunkten. Informationsvermittlung ist ganz wichtig. Kinder suchen sonst häufig die Schuld bei sich.	Unterstützungsmöglichkeiten von Kinder Inhalte des Gruppenangebots
200-203	Wichtig für die Kinder ist ein gutes soziales Netz, Informationsvermittlung, Wissen um Handlungsmöglichkeiten bei einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes bei einem Elternteil, Peers, gute Integration in der Familie, Unterstützung, ein bestmögliches Helfernetz und über die Thematik sprechen können bestenfalls noch mit einer Fachperson, das wäre optimal.	Unterstützungsmöglichkeiten von Kinder Inhalte des Gruppenangebots
206-212	Die nächste Stufe wäre, parallel zur Elterngruppe eine Kindergruppe zu führen. Dass die Eltern und die Kinder gleichzeitig in die Gruppe kommen, aber separat geführt werden. Den Kindern einen spielerischen Zugang ermöglichen, darüber reden, aufzeigen, dass sie nicht die einzigen sind. Dieser Aspekt würde einiges abdecken. Aber dann stellt sich die Frage der Ressourcen und der Kostenübernahme.	Optimierungsmöglichkeiten  Schwierigkeiten bei der Umsetzung
214-222	Eltern bezahlen das Gruppenangebot im Umfang von CHF 60.- für sechs Module selber, insofern sie dazu in der Lage sind. Können sie das nicht, und das ist oft der Fall, dann übernimmt das ein interner Fonds. In dem Sinne der Kanton. Momentan wird die Gruppe von drei Personen durchgeführt. Zwei PsychologInnen und einer betroffenen Person.	Finanzierung der Gruppe
224-241	Es wird eine Liste abgegeben mit Hilfsangeboten über die Erziehungsberatungsgruppen, des Hütedienstes des Schweizerischen Roten Kreuzes, Kinderspitex, Kindernotaufnahmegruppe, Erziehungsberatung, einfach alles was sie anbieten. Weiter hat es noch die Pro Juventute mit dem Angebot der Förderung der Kinder im Vorschulalter, Spital, Notfall, Familientreff, es ist eine ganze Liste. Es ist wichtig den Eltern Adressen zur Vernetzung zu geben. Freiwillige Beistandschaften sind auch noch ein Thema, einfach als Hilfestellung für die Eltern.	Vermittlung zu anderen Angeboten/Zusammenarbeit  Vernetzung der Eltern  Unterstützungsmöglichkeiten der Eltern
243-245	Es besteht auf jedenfall Handlungsbedarf in diesem Gebiet (Kinder psychisch kranker Eltern)	Handlungsbedarf
254-259	Aus der Literatur und auch aus anderen Kliniken ist bekannt, dass die Befassung mit diesem Thema erst in den Anfängen ist. Vernetzung ist ganz wichtig und eine offene Haltung. Es besteht Handlungsbedarf in der Vernetzung, auch an	Handlungsbedarf  Haltung



	Informationen insbesondere auch für die Eltern. C und weitere Mitarbeitenden stehen auch im Austausch mit anderen Institutionen. Sie geben Informationen raus und erhalten wieder neue Inputs, wie etwas aufgebaut werden könnte.	Informationsaustausch zwischen verschiedenen Institutionen
260-261	Die Arbeit mit Eltern ist häufig eine Gratwanderung. Ihnen aufzuzeigen, was ihr Kind braucht aber nicht im Sinne einer Beschuldigung und Anprangerung.	Arbeit mit den Eltern
265-283	Mittels Flyer und Mails wird jeweils auf die Gruppe aufmerksam gemacht. Die Mails werden intern aber auch extern an niedergelassene Erwachsenen- und Kinderpsychiater der Deutschschweizer Grossstadt, die eine eigene Praxis haben und den Präsidenten der Schweizerischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie verschickt. Darin sind der Start der Gruppe und die jeweils leitenden Personen vermerkt. Das Ziel ist immer wieder präsent zu sein, immer wieder in Erinnerung zu rufen, dass unser Angebot besteht.	Informationsvermittlung über die Gruppe  Informationskanäle
285-288	Damit die Gruppe durchgeführt wird, braucht es eine minimale Teilnehmerzahl, mindestens sechs Personen. Ist die Gruppe zu klein findet untereinander kein Austausch statt.	Teilnehmerzahl der Gruppe
290-296	In diesem Jahr wurde die Gruppe zweimal durchgeführt. Es ist das erste Jahr, dass die Gruppe in dieser Form stattfindet.	Entwicklung der Gruppe
298-314	Die Gruppe psychisch belasteter Eltern ist in dieser Form ein neues Angebot. In der Erwachsenenpsychiatrie am Standort B besteht die Infogruppe nicht anhand eines festen Konzepts. Es ist eher eine freie Gruppe, PatientInnen kommen und stellen Fragen oder tauschen sich untereinander aus. Das ganze erfolgt nicht wirklich mit einem roten Faden. Daraus entstand am Standort C die Idee, eine Elterngruppe mit einem Konzept, mit einem roten Faden anzubieten. Den Eltern aufzuzeigen, was ein Kind braucht und sie zu sensibilisieren. Ihnen aber auch genügend Raum für ihre Anliegen zu lassen. Sowohl den Austausch unter den Teilnehmenden zu ermöglichen, Fragen zu stellen aber auch von fachlicher Seite Inputs zu erhalten. Das ist schon ein Unterschied. Am Standort B sind die PatientInnen viel stärker belastet. Sie können dieses Angebot, in Form der sechs Module, überhaupt nicht wahrnehmen. Am Standort C ist das besser möglich. Deshalb gibt es diese Aufteilung. Am Standort B bleibt die Infogruppe weiterhin bestehen und kann spontan, wenn es gerade geht besucht werden. Am Standort C kann mit weniger belasteten Patienten eine Kontinuität aufgebaut werden im Wochen- oder Zweiwochenrhythmus, je nach Wunsch der Gruppenteilnehmenden. Ende Jahr gibt es eine Evaluation über dieses Projekt und wird geschaut wie weitergefahren wird.	Initiierung der Gruppe  Schnittstelle Infogruppe (Standort B) und Gruppe psychisch belasteter Eltern (Standort C)  Unterschiede der Infogruppe und Gruppe psychisch belasteter Eltern
318-323	Das Weiterbestehen der Gruppe hängt von der finanziellen Situation und den Ressourcen des Personals ab.	Finanzierung
323-334	Jeder Erwachsenen-Psychiater und jeder Kinder-Psychiater, welche in der Deutschschweizer Grossstadt eine Praxis haben, sollten sechs Flyer erhalten. Für diese Werbung war jedoch kein Geld vorhanden. Jetzt erhalten die Patienten am Standort C einen Flyer.	Finanzierung Bekanntmachung der Gruppe
339-348	Im ersten Modul geht es um das Kennenlernen. Die Patienten können ihre Geschichte erzählen. Weiter wird das biopsychosoziale Modell der Kinder erklärt, um die positiven und negativen Faktoren für Widerstandskraft und Verletzlichkeit zu erläutern. Das Ziel ist eine Sensibilisierung ohne Wertung.	Kennenlernen/Sensibilisierung Konzept
348-364	Im zweiten Modul werden die Entwicklungsaufgaben des Kindes aufgezeigt. Diese werden schriftlich abgegeben. Darin werden die kindlichen Bedürfnisse den verschiedenen Lebensphasen zugeordnet. Den Eltern darf nicht durch Frontalunterricht gezeigt werden, was sie alles falsch machen. Es wird dabei mit Bildern gearbeitet. (Anm. beispielsweise das Margritte-Bild bei welchem die Mutter ihr Kind auf dem Arm hält, dabei ist der Kindskopf auf dem Mutterkörper und umgekehrt).	Konzept (Kindliche Bedürfnisse)

369-378	Beim dritten Modul geht es um die Resilienz und das Coping. Es wird nicht frontal unterrichtet, sondern zuerst gibt es eine Eingangsrunde, wo Befinden, Fragen und Schwierigkeiten thematisiert werden. Wie können die Eltern unterstützend wirken und an wen delegieren sie dies, wenn sie es selbst nicht können. Das Grosi oder die Tagesmutter einzubeziehen bedeutet kompetent zu handeln, damit das Kind nicht alleine und sich überlassen Zuhause ist.	Konzept (Resilienz und Coping Netzwerk)
379-386	Bei der Netzwerkkarte werden die Beziehungsnetze der Eltern und der Kinder aufgezeigt. Dies ist manchmal sehr verblüffend für die Eltern. Durch die gemachten Netzwerkkarten kann festgestellt werden, ob viele Leute vorhanden sind oder nicht.	Netzwerk Methode
386-394	Zudem ist der Umgang mit Krisen sehr wichtig. Es wird ein Notfallplan erstellt, bei welchem die Struktur vorgegeben ist und den die Eltern ergänzen können. Dieser wird gut sichtbar Zuhause aufgehängt. Im Notfallplan werden Helfer für den Notfall ausgerüstet und es wird im Voraus abgeklärt, bei wem die Kinder untergebracht werden können.	Notfallplan Methode
398-400	Die Zusammenarbeit war toll, es war eine Gemeinschaftsproduktion und jeder konnte dabei seine Themen einbringen.	Zusammenarbeit intern
404-411	Die Unterlagen zu den Modulen wurden noch nicht publiziert und der Direktor der KJPD möchte aus diesem Grund nicht, dass diese abgegeben werden. C wird eine Zusammenfassung der Module verfassen und diese der Interviewerin zukommen lassen.	Konzept
419-421	Das sechste Modul ist Wiederholung und es werden keine neuen Inhalte hinzugefügt.	Konzept
426-430	Zusammenarbeit findet mit der Erwachsenenpsychiatrie am Standort B und der EB statt. Es bestehen Anfragen von zwei weiteren Psychiatriekliniken. Das ist noch in Arbeit. Sie sind über die Gruppe psychisch belasteter Eltern informiert und möchten dies auch. Es gibt natürlich schon einiges.	Zusammenarbeit mit anderen Institutionen
444-446	Patienten vom Standort B können nach ihrem Austritt in die Gruppe am Standort C gehen. Es bestehen aber keine gemeinsamen Sitzungen mit der Erwachsenenpsychiatrie am Standort B.	Zusammenarbeit innerhalb der Institution
452-464	Es bestehen im Raum der Deutschschweizer Grossstadt keine weiteren Angebote als die Infogruppe, die Therapiegruppe für Kinder und die Gruppe für psychisch belastete Eltern. Es braucht weitere Angebote. Die behandelnden Erwachsenen-Therapeuten müssen über das Gruppenangebot informiert sein und die Eltern für die Thematik sensibilisieren.	Bestehende Angebote  Bedarf an weiteren Angeboten
469-480	Kinder mit internalisierenden Störungen sind schwieriger zu erreichen. Sie sind häufig unauffällig, pflegeleicht, parentifiziert. Befinden sich die Eltern noch nicht im klinischen Kontext können Kinder neben der Familie auch über die Schule erreicht werden indem Lehrerinnen und Lehrer sich melden, wenn ein Kind traurig oder zurückgezogen ist.	Erreichbarkeit der Kinder
501-510	Das Risiko für Säuglinge bei depressiven Müttern ist sehr hoch, wenn die Mütter nicht auf die Bedürfnisse ihrer Kinder eingehen können. In der Einzelberatung werden in diesem Kontext Videoaufnahmen gemacht. C kennt keine Angebote zu dieser Thematik im Raum der Deutschschweizer Grossstadt .	Bedarf an weiteren Angeboten
535-536	Kinderliteratur, welche die Thematik kindsgerecht erklärt, wird diskutiert.	Kinderliteratur

## Anhang C: Thematischer Vergleich (Vereinheitlichung der Überschriften)

Interview A

Interview B

Interview C

Entstehung und Initiierung der Angebote	Entwicklung und Optimierung der Angebote	Erfassung und Zuweisung	Arbeitsweisen in der Gruppe	Informationsvermittlung
<p>Die Gruppe wurde durch A aufgebaut und zu Beginn von ihm während ungefähr zwei Jahren geführt, bis er dann andere ausgebildete indem er ein Skript zum Thema erstellt hat.</p> <p>Die Aufgabe von A besteht darin Themen für Gruppenangebote zu identifizieren, die Gruppen ein bis zwei Jahre oder auch länger selber durchzuführen und danach die Gruppenleitung zu delegieren.</p> <p>Die Initiative für die Gruppe wurde vom A ergriffen. Das geht aber über diverse Gespräche mit verschiedenen Personen. Es gibt immer wieder Themen, die diskutiert werden.</p> <p>Vor rund 12 Jahren führte die Ungewissheit, ob Kinder bei Patienten vorhanden sind oder nicht zur Initiierung der Infogruppe.</p>	<p>Im Raum der Deutschschweizer Grossstadt hat sich dieses Angebot nun einigermassen etabliert, andere Kantone und Städte bekunden diesbezüglich mehr Mühe.</p> <p>Die Gruppe sieht sich einmal pro Woche und besteht in der Regel aus fünf bis acht Kindern, die Gruppentherapie machen.</p> <p>Es gibt Fachpersonen, die das Umfeld bei einem Klinikeintritt mit einbeziehen. Andere sehen einfach den Patient. Sehen nicht, dass der Patient aus dem Umfeld rausgerissen wird und dieses vielleicht auch einige Schwierigkeiten damit hat. Auf dieser Ebene braucht es eine Sensibilisierung. Es wäre gut, wenn man irgendetwas in diese Richtung organisieren könnte. Angebote gibt es im Grunde genommen schon, das Hauptproblem ist die Sensibilisierung der Fachpersonen.</p>	<p>Sind Themen mit Tabus belastet, ist es schwierig sofort an die Kinder ranzukommen. In dem Fall erfordert es eine gewisse Ausdauer.</p> <p>Die Kinder werden von diversen Stellen, wie Erziehungsberater, freischaffenden Psychiater oder auch Kliniken zugewiesen.</p> <p>Ein Erstkontakt läuft über eine telefonische Kontaktaufnahme mit einer Besprechung und Abklärung der Eignung für die Gruppentherapie. Anschliessend findet zweimal ein schnuppern statt und danach kommen die Kinder in die Gruppentherapie.</p> <p>Die Gruppe wird permanent geführt, weil die Kinder häufig in sehr dramatischen Situationen sind. Wenn etwas passiert müssen die Kinder unmittelbar aufgenommen werden können. Die Dramatik in der privaten Familiensituation ist hoch und die Kinder kommen über eine</p>	<p>Die Gruppe ist etwas zwischen Therapie und Selbsthilfegruppe, die Kinder helfen sich selber in schwierigen Zeiten.</p> <p>Damit Kinder über das Erlebte sprechen können, werden meistens indirekte Methoden eingesetzt. Es werden Geschichten erzählt und die widerspiegeln mögliche Thematiken anhand deren Kinder entscheiden können ob sie ihre eigene Thematik reinbringen wollen. Es ist wichtig diesbezüglich sehr sorgfältig vorzugehen.</p> <p>Ein anderer Zweck der Gruppentherapie ist, dass Kinder erleben, dass auch andere Kinder in derselben Situation sind. Etwas weniger wichtig ist das Edukative, die Kinder über die Erkrankung der Eltern aufzuklären. Wir erachten das als nicht so wichtig, weil das in der Regel nichts bringt. Wenn man zum Beispiel sagt „deine</p>	<p>Bei der Gründung der Gruppe Kinder psychisch belasteter Eltern wurden zu Beginn Informationen mit Flyers rausgegeben und dann kamen allmählich Anmeldungen worauf die Notwendigkeit eines solchen Angebotes und die Not der Kinder erkannt wurde.</p> <p>Aufklärung wurde gemacht, indem A und seine Mitarbeitenden vorbei gegangen sind und das Projekt erklärt haben. Sie haben ein wenig eine Sensibilisierung der Fachpersonen gemacht.</p> <p>Die Sensibilisierung der Eltern erfolgt indirekt. Bei anderen Gruppen (Bsp. Scheidungsgruppe) werden direkt Informationen an die Eltern weitergegeben, nicht aber bei psychisch kranken Eltern. Psychisch kranke Eltern haben sich praktisch nie selber gemeldet.</p>

<p>Privat als Mutter erlebt B wie zwei Mädchen der Schule X von ihrer Mutter erschossen/ angeschossen wurden. Das erschossene Mädchen war mit ihrer Tochter in der Musikschule.</p> <p>Auf Klinikebene besprach sich B mit dem Oberarzt wie man die Eltern unterstützen kann. Dies beinhaltet über das Krankheitsbild zu informieren und nach Hilfen für die Kinder suchen.</p> <p>B stellt fest, dass sie sich in der Jahreszahl getäuscht hat. Der Beginn der Infogruppe war 1996.</p>	<p>Auf Klinikebene besprach sich B mit dem Oberarzt wie man die Eltern unterstützen kann. Dies beinhaltet über das Krankheitsbild zu informieren und nach Hilfen für die Kinder suchen. Zuerst wurde dies auf der Station durchgeführt, anschliessend erweitert auf die Kinder- und Jugendpsychiatrie. Der Direktor der KJPD hat das Projekt dann klinikübergreifend vorgeschlagen.</p> <p>Der Direktor der KJPD hat das Projekt dann klinikübergreifend vorgeschlagen.</p>	<p>längere Zeitspanne in die Gruppe, als dies bei anderen Gruppen für Kinder der Fall ist. Das ist darauf zurückzuführen, weil diese Kinder zum Teil unlösbare Probleme haben und die Gruppe deshalb eine viel grössere Bedeutung bekommt.</p> <p>Die Mehrheit der Eltern deren Kinder in der Therapiegruppe sind, hatten Klinikaufenthalte. Aber es gibt auch solche, die zu Hause sind und bei denen ausserhalb der Klinik eine Diagnose gestellt wurde.</p>	<p>Mutter hat eine bipolare Psychose“ ist das für ein Kind unglaublich schwierig zu ertragen. Zu erleben wie eine Bezugsperson eine psychische Störung hat ist schon für Erwachsene schwierig, für Kinder ist es doppelt schwierig. Es sollen die Verdrängungsmechanismen der Kinder übernommen werden und situativ entschieden werden, wie viel Aufklärung möglich ist.</p> <p>Aufklärung kann eher bei Jugendlichen oder Erwachsenen erfolgen, Kinder wollen die Mutter oder den Vater.</p>	<p>Die Angliederung an eine Poliklinik und an die Erziehungsberatung ist ein grosser Vorteil. Es hat viele Psychologen und Psychiater. Die Vernetzung mit der Schulsozialarbeit ist gut. Durch die Schulsozialarbeit werden Kindern unsere Angebote empfohlen. Die Vernetzung ist vorhanden. A und seine Mitarbeitenden informieren regelmässig über den Beginn der Gruppenangebote und verschicken Prospekte.</p>
<p>Am Standort C der Psychiatrieklinik wurden Erhebungen zu den psychosozialen Belastungen von Eltern und Kindern gemacht. Die Studie wird Ende Jahr ausgewertet und danach beendet.</p> <p>Die Initiative für die Studie ist vom Direktor der Kinder und Jugendpsychiatrie ausgegangen. Kinder psychisch kranker Eltern ist ein wichtiges Thema für ihn. Die Studie ist also mehr oder weniger auf seine Motivation hin entstanden. Zusammen mit der Expertin, anderen Ärzten, PraktikantInnen und StudentInnen wurde das Gruppenangebot entwickelt.</p>	<p>Früher arbeiteten die KJPD und die Erwachsenenpsychiatrie zusammen und es wurden Jahrespläne aufgestellt, wo ersichtlich war wer zuständig war für die einzelnen Gruppen.</p> <p>Durch die Erfahrungen der verschiedenen Gruppenleitungen hat sich die KJPD nun für sechs Module entschieden, in welchen verschiedene Fragestellungen besprochen werden. Die KJPD bietet ihr Projekt im ambulanten Setting am Standort C an.</p> <p>Die Idee war, dass die ausgetretenen Patienten vom stationären Setting oder vom KIZ am Abend an den Standort C gehen konnten. Die Nachfrage</p>	<p>Ob die Kinder erreicht werden kommt stark auf die Sensibilisierung der Umgebung an. Es braucht diesbezüglich ein Tabubruch. Es kommt darauf an, wie das Umfeld – Frau, Mann, Schwester – gegenüber der psychischen Erkrankung eines Elternteils eingestellt ist.</p> <p>A geht davon aus, dass viele Kinder nicht erreicht werden. Das ist klar, das ist eine Problematik, die vorhanden ist.</p> <p>Häufig wird nicht daran gedacht, dass Kinder vorhanden sind und was mit ihnen passiert. A und seine Mitarbeitenden haben auch probiert Aufklärungsarbeit in den Kliniken zu machen, sie zu informieren, denn häufig wird dort gar nicht nach den Kindern</p>	<p>Aufklärung kann eher bei Jugendlichen oder Erwachsenen erfolgen, Kinder wollen die Mutter oder den Vater.</p> <p>Die Sensibilisierung der Eltern erfolgt indirekt. Bei anderen Gruppen (Bsp.Scheidungsgruppe) werden direkt Informationen an die Eltern weitergegeben, nicht aber bei psychisch kranken Eltern. Psychisch kranke Eltern haben sich praktisch nie selber gemeldet.</p> <p>Einzelsetting versus Gruppensetting. Aus Gruppensetting wurde häufig Einzelsetting, da nur wenige Leute interessiert waren.</p> <p>Der Ablauf der Infogruppe ist sehr unterschiedlich. Der Patient ist im Zentrum,</p>	<p>In erster Linie geht es A und seinen Mitarbeitenden um das Kind. Kleinere Zusammenarbeit beispielsweise mit einem Psychiater, der mit der Familie arbeitet oder mit der Schule, wenn die involviert ist, ist aber schon vorhanden. Grössere Formen der Zusammenarbeit werden bei Notwendigkeit eher angestossen. Beispielsweise, wenn das Sozialamt einbezogen werden muss, oder wenn es eine Gefährdungsmeldung gibt. Das wird aber wenig gemacht. Es wird nicht gross mit Vernetzung gearbeitet. Wichtiger ist zu wissen, welche Person wirklich verantwortlich und zuständig ist.</p> <p>A und seine Mitarbeitenden können andere Stellen (Bsp. Kinderschutzbehörden) auch nur informieren, dass es ein Angebot</p>

<p>Für C persönlich ist eine wichtige Motivation, dass sie im Rahmen dieser Studie ihre Dissertation macht.</p> <p>C hat durch den Kontakt mit erwachsenen PatientInnen erfahren wie belastend das Zusammenleben mit den Müttern oder Vätern war.</p> <p>Dass bei den Angeboten die Initiative häufig von der KJPD ausgeht kann möglicherweise dadurch erklärt werden, dass sich Psychiater und Psychologen der Erwachsenen vielleicht eher unsicher fühlen im Umgang mit den Kindern. Sie haben eine riesige Kompetenz mit den Erwachsenen, dort verfügen sie über ein Konzept, aber mit Kindern sind sie häufig unsicher. Das ist aber ein sehr subjektives Gefühl. Aber durch diese Unsicherheit, wie und in welcher Form der Einbezug der Kinder gelingen kann hat zur Folge, dass sie auf diesem Gebiet keine Fachmänner/Fachfrauen sind. Das wäre eine Erklärung. Weiter ist der Fokus auf dem erwachsenen Patient. Es stellt sich die Frage, wie rede ich mit dem Kind? Insbesondere wenn sich Fachpersonen hauptsächlich gewohnt sind mit einem erwachsenen Menschen therapeutisch zu arbeiten.</p>	<p>war gering und es wurde eingestellt. Nun hat es wieder begonnen. Wechselt sich ab mit Durchführung, Stopp, Durchführen etc.</p> <p>Die Infogruppe wurde von B freiwillig in ihr Pflichtenheft genommen. Die Durchführung hängt an B. Falls B keine Kapazität mehr hat, würde die Gruppe womöglich sterben.</p> <p>Im Infogruppenzimmer befindet sich auch das Spielzimmer mit Spielmaterial. Früher bestand ein Abkommen mit der KITA X., um sich als Eltern dort mit den Kindern zu treffen. Dies wurde nie beansprucht. Über das Spielzimmer wissen alle, welche mit den Patienten zusammen arbeiten Bescheid. In der Loge kann der Schlüssel zum Spielzimmer abgeholt werden. Dieses Angebot wird nie benutzt. Einmal hat sich jemand gemeldet, doch die fanden dann einen anderen Ort. Wichtig ist, dass ein unkompliziertes Angebot besteht.</p> <p>KJPD hat sich bei B gemeldet, da viele Assistenzärzte aus Deutschland Gruppenerfahrung brauchen und diese die Gruppen leiten möchten. Die Zusammenarbeit klappt jedoch nicht.</p>	<p>gefragt. Jetzt wird ein wenig mehr nachgefragt. Meist denken Psychiater oder auch Sozialarbeiter in bestimmten Situationen daran.</p> <p>Die Sensibilisierung der Eltern erfolgt indirekt. Bei anderen Gruppen (Bsp. Scheidungsgruppe) werden direkt Informationen an die Eltern weitergegeben, nicht aber bei psychisch kranken Eltern. Psychisch kranke Eltern haben sich praktisch nie selber gemeldet.</p> <p>Die Gründe aus denen sich Eltern nicht selber melden sind, dass sie in sehr schwierigen Situationen sind und sozial ein wenig am Rand und etwas inkompetent. Sie schreiben ihren Zustand nicht einer psychischen Erkrankung zu, sondern anderen Sachen. Die Krankheitseinsicht fehlt bei vielen. Bei anderen fehlt es krankheitsbedingt an rationalem Verhalten. Beispielsweise indem sich Eltern an die Kinder klammern und nicht fähig sind zu sagen, sie seien krank und bräuchten Hilfe, diese Situationen sind aber selten.</p> <p>Jugendliche können sich eher selber melden als Kinder. Kinder wollen in der Regel die Familie schützen. Es muss auch das</p>	<p>rundum werden positive wie negative Einflussfaktoren aufgezählt wie Arzt, Schule etc. Fragen zum Elternsein, Fragen zum Kindsein werden gemeinsam bearbeitet.</p> <p>Das Ziel ist es, dass die Eltern ihre Kinder offen über die Krankheit informieren. Die Eltern sollen sich getrauen Hilfe von aussen anzunehmen und müssen nicht alles selbst machen. Der Druck auf die Eltern soll vermindert werden und sie sollen Angebote kennen lernen wie die EB, psychologische Dienste, etc. Allenfalls wird eine Abklärung auf der EB empfohlen. Falls erwünscht kann eine Vernetzung mit der EB vollzogen werden. Zudem bietet B an, dass sie mit den Kindern die Krankheitsbilder anschaut. Dieses Angebot ist für das stationäre Setting gedacht.</p> <p>Momentan ist eine Frau in der Infogruppe. Die genießt das Angebot ausgiebig. Es geht darum sie zu stärken und ihr Mut zu machen. Professionelle aus der Erwachsenen- und Kinderpsychiatrie ergänzen sich dabei.</p> <p>Es wird diverses Infomaterial abgegeben wie pro juventute-Broschüre und es werden spezifische Bücher zu</p>	<p>gibt. Danach müssen sie an A und seine Mitarbeitenden gelangen. Inwiefern das gelingt ist unterschiedlich. Es ist für A auch schwierig zu beurteilen. Es passiert und passiert nicht. Zum Teil ist die Information gut und zum Teil ist sie nicht gut. A und seine Mitarbeitenden möchten auch nicht zu viel informieren und sie wollen nicht ein Thema anrühren, dass dann plötzlich breitgewalzt wird. Nur so viele Informationen geben, dass die Fachpersonen, die sich darum kümmern darauf zurückgreifen können.</p> <p>Die Information der Fachstellen läuft via Rundmails. Dort steht alles drin. Dadurch kennen sie das Angebot. Zusätzlich informieren A und seine Mitarbeitenden noch über den Beginn der neuen Gruppen. Zum Teil laden sie auch zu Informationsanlässen ein. Aber da kommt praktisch niemand. Das funktioniert auf diese Art. Man sieht sie auch an bestimmten Anlässen und spricht dort darüber.</p> <p>Schulen werden nicht direkt informiert. Sondern die Schulsozialarbeiter. Schulen informieren bringt nichts. Die Schulsozialarbeiter sind im Verteiler drin, zum Teil Psychiater und Kinderärzte und</p>
---	---	---	--	--

<p>Die KJPD ist häufig mit Kindern konfrontiert, deren Eltern eine psychische Erkrankung haben. Dadurch sind Fachpersonen sensibilisierter auf die Thematik. Das hat seinen Ursprung auch in der Forschung.</p>	<p>B ist diejenige, die alles macht.</p> <p>Wichtig ist, dass das Angebot im Stationsalltag laufen kann und es ist institutionalisiert. Alle Räume sind reserviert. Alles steht bereit, es muss nur jemand kommen. Die Gruppe findet immer statt, bereits ab einer Person. Diese Person kann dann sehr profitieren.</p>	<p>Wissen um die Krankheit der Mutter oder des Vaters vorhanden sein. Es ist ein grosser Schritt zu sehen, dass ein Elternteil krank ist.</p>	<p>Krankheiten ausgelehnt. Die Broschüre ist leider sehr teuer und das wird budgetmässig schwierig.</p>	<p>dann noch andere Psychotherapeuten.</p>
<p>Der nähere Bezug zur Thematik bei der KJPD könnte auch durch den näheren Zugang zur Forschung begründet werden. Diesbezüglich hat die KJPD einen Wissensvorsprung, der vielleicht in der Erwachsenenpsychiatrie fehlt. Es gibt Studien, die sagen, dass für ein Kind ein dreifaches Risiko besteht selbst an einer psychischen Störung zu erkranken. Andere Studien zeigen ein dreifach bis fünffach erhöhtes Risiko (Kauai Studie, Bielefelder Studie, Lösel und Bender-Studie). Die Risiko- und Resilienzfaktoren sind ziemlich gut belegt. Das ist Wissen über das die Kinder- und Jugendpsychiatrie verfügt.</p>	<p>B stellt fest, dass sie sich in der Jahreszahl getäuscht hat. Der Beginn der Infogruppe war 1996. Die Stichproben waren eher gering und daher liessen sich die Auswertungen nicht verallgemeinern. B hält fest, dass die KJPD sehr aktiv interessiert gewesen war und nun ist es eine andere Zeit und andere Prioritäten werden gesetzt. Früher wurde die Finanzierung der pro juventute-Broschüren von der KJPD übernommen. Diese hält nun fest, dass dies Sache der Erwachsenenpsychiatrie sei. Das Projekt wurde evaluiert und daraus entstand eine ambulante Gruppe am Standort C. Weiter hält B fest, dass sie weitermacht und von ihren Vorgesetzten dies auch so zur Kenntnis genommen wird. Die Arbeit sei nicht mehr aktiv nach aussen, die Energie lasse nach.</p>	<p>In der Psychiatrie ist die Sensibilisierung der Fachpersonen unterschiedlich. Es gibt Fachpersonen, die das Umfeld bei einem Klinikeintritt mit einbeziehen. Andere sehen einfach den Patient. Sehen nicht, dass der Patient aus dem Umfeld rausgerissen wird und dieses vielleicht auch einige Schwierigkeiten damit hat. Auf dieser Ebene braucht es eine Sensibilisierung. Es wäre gut, wenn man irgendetwas in diese Richtung organisieren könnte. Angebote gibt es im Grunde genommen schon, das Hauptproblem ist die Sensibilisierung von Fachpersonen.</p> <p>Es ist bekannt, dass Kinder psychisch kranker Eltern in der Erwachsenenpsychiatrie nicht wirklich Thema sind. A und seine Mitarbeitenden versuchen diese dazu zu bringen, zu sehen dass es noch Kinder hat. Es wird nicht abgeklärt, ob noch Kinder da sind.</p>	<p>In den sechs Modulen der Gruppe psychisch belasteter Eltern ist der Fokus stark auf dem ausarbeiten eines Notfallplans. Den Eltern wird die Wichtigkeit eines solchen aufgezeigt, damit ihre Kinder wissen, wohin sie sich wenden können, wo sie anrufen können. Es geht um Vermittlung von Informationen in diesem Bereich.</p> <p>Ganz wichtig ist auch, dass keine Tabuisierung in Bezug auf die Erkrankung stattfindet. Es ist wichtig über die Krankheit zu sprechen, die Symptome, das Auftreten der Erkrankung zu den verschiedenen Zeitpunkten. Informationsvermittlung ist ganz wichtig. Kinder suchen sonst häufig die Schuld bei sich. Wichtig für die Kinder ist ein gutes soziales Netz, Informationsvermittlung, Wissen um Handlungsmöglichkeiten bei einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes bei einem Elternteil, Peers, gute Integration in der Familie, Unterstützung, ein bestmögliches Helfernetz und über die Thematik sprechen können bestenfalls noch mit einer Fachperson, das wäre</p>	<p>Im Elternrat der Schule X wurde besprochen, dass man sich bei der EB anonym in dieser Situation Hilfe holen kann.</p> <p>Es bestehen Flyer für die interdisziplinären Teams und Flyer für die Patienten. In den Team-Flyer wird das Ziel der niederschweligen Information zu Angeboten und der Rolle als Eltern erläutert. Die Information zu den Angeboten soll niederschwellig erfolgen. Weiter wird die Elternrolle thematisiert. In den Patienten-Flyer wird gefragt, ob minderjährige Kinder vorhanden sind und ob Bedarf an Unterstützung besteht. Bei Interesse wird eine Gruppe am Donnerstag von 2 bis 3 Uhr durchgeführt. Bei speziellen Fragen besteht die Möglichkeit für ein persönliches Gespräche. Bisher wurden die Stationen wöchentlich angefragt, ob interessierte Patienten da sind.</p>
<p>Die Gruppe psychisch belasteter Eltern ist in dieser Form ein neues Angebot. In der Erwachsenenpsychiatrie am Standort B besteht die Infogruppe nicht anhand eines festen Konzepts. Es ist eher eine freie Gruppe, PatientInnen kommen und stellen Fragen oder</p>		<p>Es entstanden Schwierigkeiten beim Feststellen, ob Kinder</p>		<p>Dabei spielt die Einstellung des Pflege-Teams eine wichtige Rolle. Die Patienten müssen das Angebot als Bereicherung und Entlastung empfinden.</p> <p>Informationen werden durch Flyer und Intranet weitergegeben</p>

<p>tauschen sich untereinander aus. Das ganze erfolgt nicht wirklich mit einem roten Faden. Daraus entstand am Standort C die Idee, eine Elterngruppe mit einem Konzept, mit einem roten Faden anzubieten. Den Eltern aufzuzeigen, was ein Kind braucht und sie zu sensibilisieren. Ihnen aber auch genügend Raum für ihre Anliegen zu lassen. Sowohl den Austausch unter den Teilnehmenden zu ermöglichen, Fragen zu stellen aber auch von fachlicher Seite Inputs zu erhalten. Das ist schon ein Unterschied. Am Standort B sind die PatientInnen viel stärker belastet. Sie können dieses Angebot, in Form der sechs Module, überhaupt nicht wahrnehmen. Am Standort C ist das besser möglich. Deshalb gibt es diese Aufteilung. Am Standort B bleibt die Infogruppe weiterhin bestehen und kann spontan, wenn es gerade geht, besucht werden. Am Standort C kann mit weniger belasteten Patienten eine Kontinuität aufgebaut werden im Wochen- oder Zweiwochenrhythmus, je nach Wunsch der Gruppenteilnehmenden. Ende Jahr gibt es eine Evaluation über dieses Projekt und es wird geschaut wie weitergefahren wird.</p>	<p>Es ist noch unklar wie nächstes Jahr mit der Thematik gearbeitet wird. Vielleicht sind die Psychologen wieder vermehrt an den Rapporten oder die Ärzte und die Pflege werden aufmerksam gemacht diese zu kontaktieren.</p> <p>C fände es schade, wenn mit dem Ende der Studie im Dezember auch das Projekt beendet wäre. Die Zusammenarbeit am Standort C war wirklich gut.</p> <p>Am Standort C wurde festgestellt, dass es seit 2008 (Beginn der Studie) eine Entlastung gibt. Die Eltern werden zu den Psychologen geschickt und beraten. Auch weitere Fragen werden bearbeitet. Das ist mittlerweile eine gut eingespielte Zusammenarbeit am Standort C.</p> <p>Es wäre wichtig das Angebot auch nach Beendigung der Studie weiterzuführen. Aber es ist noch unklar wie es anschliessend weitergeht. Ärzte und Pflege müssen wahrscheinlich immer wieder darauf aufmerksam gemacht werden, daran zu denken, ob die erwachsenen Patienten noch Kinder haben.</p> <p>Die nächste Stufe wäre, parallel</p>	<p>vorhanden sind, da es im Aufnahmeprotokoll keine Fragen dazu gibt. Dies wollte man bei der Informatik verändern. Doch bis heute fehlt die Frage nach minderjährigen Kindern.</p> <p>Es wird nur nach Bezugspersonen oder Angehörigen gefragt, nicht explizit nach minderjährigen Kindern.</p> <p>Der Direktor der KJPD und stellvertretende Direktor der Erwachsenenpsychiatrie machten sich stark für diese Veränderung im Aufnahmeblatt.</p> <p>Nach dem Wissen von B wird nicht explizit nach Kindern gefragt.</p> <p>Patienten, welche stark in ihrer Krankheit gefangen sind, sind schwerer für die Infogruppe zu motivieren. Sie sehen keine Entlastung in der Infogruppe.</p> <p>Die Patienten für die Infogruppe zu motivieren ist stark von der Pflege und den Ärzten abhängig. Durch Telefonate wird abgeklärt, ob sich interessierte Patienten auf der Station befinden. Je nachdem welcher Wind gerade in der Pflege weht werden Patienten motiviert oder nicht.</p> <p>Die Zeit mit den Patienten zu</p>	<p>optimal.</p> <p>In der Erwachsenenpsychiatrie am Standort B besteht die Infogruppe nicht anhand eines festen Konzepts. Es ist eher eine freie Gruppe, PatientInnen kommen und stellen Fragen oder tauschen sich untereinander aus. Das ganze erfolgt nicht wirklich mit einem roten Faden. Daraus entstand am Standort C die Idee, eine Elterngruppe mit einem Konzept, mit einem roten Faden anzubieten. Den Eltern aufzuzeigen, was ein Kind braucht und sie zu sensibilisieren. Ihnen aber auch genügend Raum für ihre Anliegen zu lassen. Sowohl den Austausch unter den Teilnehmenden zu ermöglichen, Fragen zu stellen aber auch von fachlicher Seite Inputs zu erhalten. Das ist schon ein Unterschied. Am Standort B sind die PatientInnen viel stärker belastet. Sie können dieses Angebot, in Form der sechs Module, überhaupt nicht wahrnehmen. Am Standort C ist das besser möglich. Deshalb gibt es diese Aufteilung. Am Standort B bleibt die Infogruppe weiterhin bestehen und kann spontan, wenn es gerade geht besucht werden. Am Standort C kann mit weniger belasteten Patienten eine Kontinuität aufgebaut werden im Wochen- oder</p>	<p>und auf der Station aufgelegt. Das Angebot wird jedoch nicht benutzt.</p> <p>Die Patienten für die Infogruppe zu motivieren ist stark von der Pflege und den Ärzten abhängig. Durch Telefonate wird abgeklärt, ob sich interessierte Patienten auf der Station befinden. Je nachdem welcher Wind gerade in der Pflege weht werden Patienten motiviert oder nicht.</p> <p>Durch die Weitergabe von Information zu den Krankheitsbildern können z.B. Vormundschaftsbehörden sensibilisiert werden.</p> <p>Gerade in der Anfangsphase wurden Fachpersonen immer wieder auf die Studie und auf die Wichtigkeit des Themas aufmerksam gemacht. Der Reminder und der Rapport wurden dazu genutzt. Daraus hat sich eine grosse Sensibilisierung ergeben. Seit 2008 läuft die Studie und es wurde festgestellt, dass nun beispielsweise auch die Mitarbeitenden des KIZ sehr sensibilisiert sind und zum Teil auch ganz spontane Anfragen machen.</p> <p>Expertin B ist in der Erwachsenenpsychiatrie am Standort B sehr engagiert. Durch</p>
--	--	--	--	--

	<p>zur Elterngruppe eine Kindergruppe zu führen. Dass die Eltern und die Kinder gleichzeitig in die Gruppe kommen, aber separat geführt werden. Den Kindern einen spielerischen Zugang ermöglichen, darüber reden, aufzeigen, dass sie nicht die einzigen sind. Dieser Aspekt würde einiges abdecken. Aber dann stellt sich die Frage der Ressourcen und der Kostenübernahme.</p> <p>In diesem Jahr wurde die Gruppe zweimal durchgeführt. Es ist das erste Jahr, dass die Gruppe in dieser Form stattfindet.</p> <p>In der Erwachsenenpsychiatrie am Standort B besteht die Infogruppe nicht anhand eines festen Konzepts. Es ist eher eine freie Gruppe, PatientInnen kommen und stellen Fragen oder tauschen sich untereinander aus. Das ganze erfolgt nicht wirklich mit einem roten Faden. Daraus entstand am Standort C die Idee, eine Elterngruppe mit einem Konzept, mit einem roten Faden anzubieten. Den Eltern aufzuzeigen, was ein Kind braucht und sie zu sensibilisieren. Ihnen aber auch genügend Raum für ihre Anliegen zu lassen. Sowohl den Austausch unter den Teilnehmenden zu ermöglichen,</p>	<p>arbeiten wird durch kurze Aufenthalte verkürzt. B wünscht sich, dass Patienten die Pflicht hätten ein Mal in der Infogruppe zu schnuppern. Leider ist das nicht möglich. Darum ist es wichtig, dass die Patienten den Flyer erhalten, doch diese liegen nur auf und gehen dabei häufig vergessen.</p> <p>Diese Studie bezieht sich sowohl auf ambulante, halbstationäre wie auch stationäre erwachsene Patienten. Es wurde eine Vollerhebung gemacht.</p> <p>Es wurden die Eintrittslisten angeschaut aller Patienten der Tagesklinik, akut Tagesklinik, KIZ und aller Patienten, die ein bis zweimal pro Woche ambulante Sitzungen wahrgenommen haben. Für das Erstgespräch erhielten die Assistenzärzte und Assistenzärztinnen ein Formular, damit eruiert werden konnte, ob die Patienten Kinder haben und an einem Beratungsgespräch interessiert wären. Ziel, war, das Thema aufzugreifen. Gerade in der Anfangsphase wurden Fachpersonen immer wieder auf die Studie und auf die Wichtigkeit des Themas aufmerksam gemacht. Der Reminder und der Rapport wurden dazu genutzt. Daraus hat sich eine grosse</p>	<p>Zweiwochenrhythmus, je nach Wunsch der Gruppenteilnehmenden. Ende Jahr gibt es eine Evaluation über dieses Projekt und wird geschaut wie weitergefahren wird.</p> <p>Im ersten Modul geht es um das Kennenlernen. Die Patienten können ihre Geschichte erzählen. Weiter wird das biopsychosoziale Modell der Kinder erklärt, um die positiven und negativen Faktoren für Widerstandskraft und Verletzlichkeit zu erläutern. Das Ziel ist eine Sensibilisierung ohne Wertung.</p> <p>Im zweiten Modul werden die Entwicklungsaufgaben des Kindes aufgezeigt. Diese werden schriftlich abgegeben. Darin werden die kindlichen Bedürfnisse den verschiedenen Lebensphasen zugeordnet. Den Eltern darf nicht durch Frontalunterricht gezeigt werden, was sie alles falsch machen. Es wird dabei mit Bildern gearbeitet. (Anm. beispielsweise das Margitte-Bild bei welchem die Mutter ihr Kind auf dem Arm hält, dabei ist der Kindskopf auf dem Mutterkörper und umgekehrt).</p> <p>Beim dritten Modul geht es um die Resilienz und das Coping. Es wird nicht frontal unterrichtet, sondern zuerst gibt es eine Eingangsrunde, wo Befinden,</p>	<p>sie werden die Fachpersonen am Standort B sensibilisiert. Sie hat die Rolle der Vermittlung. Die Gruppe am Standort C wird von der KJPD betreut und angeboten und B rekrutiert Patienten, die Interesse haben. Diesbezüglich besteht eine gute und sehr wertvolle Zusammenarbeit.</p> <p>Besteht kein Interesse von Seiten der Patienten dann findet sie nicht statt. B hat auch Flyer der Elterngruppe. Sie ist sehr engagiert und das ist für die Zusammenarbeit sehr wertvoll.</p> <p>Mittels Flyer und Mails wird jeweils auf die Gruppe aufmerksam gemacht. Die Mails werden intern aber auch extern an niedergelassene Erwachsenen- und Kinderpsychiater der Deutschschweizer Grosstadt, die eine eigene Praxis haben und den Präsidenten der Schweizerischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie verschickt. Darin sind der Start der Gruppe und die jeweils leitenden Personen vermerkt. Das Ziel ist immer wieder präsent zu sein, immer wieder in Erinnerung zu rufen, dass unser Angebot besteht.</p> <p>Jeder Erwachsenen-Psychiater und jeder Kinder-Psychiater, welche in der Deutschschweizer</p>
--	---	--	---	--



	Fragen zu stellen aber auch von fachlicher Seite Inputs zu erhalten.	Sensibilisierung ergeben. Seit 2008 läuft die Studie und es wurde festgestellt, dass nun beispielsweise auch die Mitarbeitenden des KIZ sehr sensibilisiert sind und zum Teil auch ganz spontane Anfragen machen.	Fragen und Schwierigkeiten thematisiert werden. Wie können die Eltern unterstützend wirken und an wen delegieren sie dies, wenn sie es selbst nicht können. Das Grosi oder die Tagesmutter einzubeziehen bedeutet kompetent zu handeln, damit das Kind nicht alleine und sich überlassen Zuhause ist.	Grossstadt eine Praxis haben, sollten sechs Flyer erhalten. Für diese Werbung war jedoch kein Geld vorhanden. Jetzt erhalten die Patienten am Standort C einen Flyer.
		Professor der KJPD, X. und Y. haben vor einigen Jahren eine Studie in der Psychiatrieklinik am Standort B gemacht. Aber Kinder von psychisch kranken Eltern werden dort nicht berücksichtigt. C ist nicht klar, woran das scheitert. Es wurde über eine gewisse Zeitdauer eine Vollerhebung gemacht und dort auch darauf hingewiesen wie wichtig es ist.	Bei der Netzwerkkarte werden die Beziehungsnetze der Eltern und der Kinder aufgezeigt. Dies ist manchmal sehr verblüffend für die Eltern. Durch die gemachten Netzwerkkarten kann festgestellt werden, ob viele Leute vorhanden sind oder nicht.	
	C weiss nicht genau welche Erfassungsinstrumente bei der Aufnahme in der Erwachsenenpsychiatrie am Standort B vorhanden sind.	Bis Ende Jahr wird noch eine systematische Erfassung gemacht. Das bedeutet, erfassen und alle mit der Basisdokumentation anschreiben, diese wird dann an die Studienverantwortlichen zurückgeschickt. Bei der Aufnahme müssen die Ärzte die Patienten fragen, ob sie Kinder haben und an einem Beratungsgespräch interessiert	Zudem ist der Umgang mit Krisen sehr wichtig. Es wird ein Notfallplan erstellt, bei welchem die Struktur vorgegeben ist und den die Eltern ergänzen können. Dieser wird gut sichtbar Zuhause aufgehängt. Im Notfallplan werden Helfer für den Notfall ausgerüstet und es wird im Voraus abgeklärt, bei wem die Kinder untergebracht werden können.	
			Das sechste Modul ist Wiederholung und es werden keine neuen Inhalte hinzugefügt.	
			Kinderliteratur, welche die Thematik kindsgerecht erklärt, wird diskutiert.	

		<p>sind.</p> <p>Wenn es machbar wäre, wäre eine systematische Einführung bei der Erfassung und der Weiterleitung an das entsprechende Angebot als fixer Bestandteil bei der Aufnahme der Patienten gut. Es ist aber unklar auf welcher Ebene das schlussendlich immer scheitert.</p> <p>Kinder mit internalisierenden Störungen sind schwieriger zu erreichen. Sie sind häufig unauffällig, pflegeleicht, parentifiziert. Befinden sich die Eltern noch nicht im klinischen Kontext können Kinder neben der Familie auch über die Schule erreicht werden indem Lehrerinnen und Lehrer sich melden, wenn ein Kind traurig oder zurückgezogen ist.</p>		
--	--	--	--	--

Zusammenarbeit intern/extern und Vernetzung	Nachfrage	Alltagsbelastungen und Bedürfnisse der Kinder	Finanzierung und personelle Ressourcen	Handlungsbedarf und zusätzliche Angebote
<p>Die Angliederung an eine Poliklinik und an die Erziehungsberatung ist ein grosser Vorteil. Es hat viele Psychologen und Psychiater. Die Vernetzung mit der Schulsozialarbeit ist gut. Durch die Schulsozialarbeit werden Kindern unsere Angebote empfohlen. Die Vernetzung ist vorhanden. A und seine Mitarbeitenden informieren regelmässig über den Beginn der Gruppenangebote und verschicken Prospekte.</p> <p>In erster Linie geht es A und seine Mitarbeitenden um das Kind. Kleinere Zusammenarbeit beispielsweise mit einem Psychiater, der mit der Familie arbeitet oder mit der Schule, wenn die involviert ist, ist aber schon vorhanden. Grössere Formen der Zusammenarbeit werden bei Notwendigkeit eher angestossen. Beispielsweise, wenn das Sozialamt einbezogen werden muss, oder wenn es eine Gefährdungsmeldung gibt. Das wird aber wenig gemacht. Es wird nicht gross mit Vernetzung gearbeitet. Wichtiger ist zu wissen, welche Person wirklich verantwortlich und zuständig ist.</p> <p>A und seine Mitarbeitenden</p>	<p>Es muss ein Bedürfnis vorhanden sein, sonst wären keine Kinder in dieser Gruppe.</p>	<p>Die Gruppe wird permanent geführt, weil die Kinder häufig in sehr dramatischen Situationen sind. Wenn etwas passiert müssen die Kinder unmittelbar aufgenommen werden können. Die Dramatik in der privaten Familiensituation ist hoch und die Kinder kommen über eine längere Zeitspanne in die Gruppe, als dies bei anderen Gruppen für Kinder der Fall ist. Das ist darauf zurückzuführen, weil diese Kinder zum Teil unlösbare Probleme haben und die Gruppe deshalb eine viel grössere Bedeutung bekommt.</p> <p>Die meisten Kinder erleben sehr schwierige Situationen, wollen aber die Beziehung zu den Eltern behalten. Sie befinden sich häufig in einer Ambivalenz. Deshalb können in der Arbeit mit Kindern die Eltern nicht pathologisiert werden. Die Schutzklärungen der Kinder müssen respektiert werden. Es gibt viele Erfahrungen, die die Kinder sehr stark irritieren. Auch die Parentifizierung, die Kinder beginnen Sachen zu übernehmen, die ihrem Alter nicht entsprechen und erleben so eine Überlastung.</p>	<p>Die Therapiegruppe wird vom Kanton finanziert. In der Anfangsphase, bis es ein wenig angelaufen ist, hat eine Stiftung einen Beitrag geleistet. Jetzt trägt der Kanton vollumfänglich die Kosten.</p>	<p>Weitere Gruppenangebote im Raum der Deutschschweizer Grosstadt gibt es nach dem Wissen von A nicht, Beratungen gibt es.</p> <p>Es braucht weitere Angebote.</p>
	<p>Einzelsetting versus Gruppensetting. Aus Gruppensetting wurde häufig Einzelsetting, da nur wenige Leute interessiert waren.</p>		<p>Die Infogruppe wurde von B freiwillig in ihr Pflichtenheft genommen. Die Durchführung hängt an B. Falls B keine Kapazität mehr hat, würde die Gruppe womöglich sterben.</p>	<p>Auf dieser Ebene braucht es eine Sensibilisierung. Es wäre gut, wenn man irgendetwas in diese Richtung organisieren könnte. Angebote gibt es im Grunde genommen schon, das Hauptproblem ist die Sensibilisierung von Fachpersonen.</p>
	<p>Es bestanden unterschiedliche Nachfragen von den jeweiligen Stationen.</p>		<p>Es besteht keine spezifische Finanzierung. Die Infogruppe gehört ins Pflichtenheft von B.</p>	<p>Das Bedürfnis für eine Gruppe ist aktuell nicht vorhanden. A würde beim Eintritt Flyer abgeben und Einzelsetting anbieten. Allenfalls würde Patient weiternetzt werden.</p>
	<p>In der Psychiatrieklinik ist das Interesse grundsätzlich da.</p>		<p>Im Rahmen der Umbauarbeiten war die Gruppe ein halbes Jahr eingestellt. Es kam immer wieder zu Anmeldungen.</p>	<p>Im Rahmen der Studie wurden auch keine Kosten in Rechnung gestellt.</p>
	<p>Das Bedürfnis für eine Gruppe ist aktuell nicht vorhanden.</p>		<p>Momentan ist eine Frau in der Infogruppe. Die geniesst das Angebot ausgiebig.</p>	<p>Die Arbeitsbelastung am Standort C oder B ist gross. Auf den Mitarbeitenden lastet ein riesiger Druck. Da gehen leider diese Themen vergessen, wenn man bedenkt, dass diese Kinder einmal gross sind.</p>
<p>Von Station X. kam für ein halbes Jahr eine ganze Gruppe in die Infogruppe. Gründe für die Teilnahme sind: Informationsfluss und gruppenfähige Patienten. Gründe einer Nicht-</p>	<p>Eltern bezahlen das Gruppenangebot im Umfang von CHF 60.- für sechs Module</p>	<p>Aus der Literatur und auch aus anderen Kliniken ist bekannt, dass die Befassung mit diesem Thema erst in den Anfängen ist. Vernetzung ist ganz wichtig und</p>		

<p>können andere Stellen (Bsp. Kinderschutzbehörden) auch nur informieren, dass es ein Angebot gibt. Danach müssen sie an A und seine Mitarbeitenden gelangen. Inwiefern das gelingt, ist unterschiedlich. Es ist für A auch schwierig zu beurteilen. Es passiert und passiert nicht.</p> <p>In der Poliklinik gibt es neben der Gruppentherapie auch die Familientherapie oder ein Kind kann in die Einzeltherapie gehen. A nimmt an, dass das gemacht wird. Die Gruppentherapie ist bei Kindern sehr nützlich, sie können sich selber helfen, das ist der Vorteil.</p>	<p>Teilnahme sind: stark psychotisch, kurze Aufenthalte und Orientierung nach aussen.</p>	<p>Denn es ist eine am Schwersten zu ertragende Schwierigkeit für ein Kind, am meisten tabuisiert.</p>	<p>selber, insofern sie dazu in der Lage sind. Können sie das nicht, und das ist oft der Fall, dann übernimmt das ein interner Fonds. In dem Sinne der Kanton. Momentan wird die Gruppe von drei Personen durchgeführt. Zwei PsychologInnen und einer betroffenen Person.</p>	<p>eine offene Haltung. Es besteht Handlungsbedarf in der Vernetzung, auch an Informationen insbesondere auch für die Eltern.</p>
<p>Die Eltern sollen sich getrauen Hilfe von aussen anzunehmen und müssen nicht alles selbst machen. Der Druck auf die Eltern soll vermindert werden und sie sollen Angebote kennen lernen wie die EB, psychologische Dienste, etc. Allenfalls wird eine Abklärung auf der EB empfohlen. Falls erwünscht kann eine Vernetzung mit der EB vollzogen werden.</p> <p>Früher arbeiteten die KJPD und die Erwachsenenpsychiatrie zusammen und es wurden Jahrespläne aufgestellt, wo ersichtlich war wer zuständig war für die einzelnen Gruppen.</p>	<p>Es ist ein Interesse von Seiten der Eltern da. Im Rahmen der Studie wurden auch keine Kosten in Rechnung gestellt. In Zahlen ausgedrückt, haben 39% der Eltern ein Beratungsgespräch in Anspruch genommen.</p> <p>Damit die Gruppe durchgeführt wird, braucht es eine minimale Teilnehmerzahl, mindestens sechs Personen. Ist die Gruppe zu klein findet untereinander kein Austausch statt.</p>	<p>Wegen dem schlechten Gewissen werden die Probleme unter den Tisch gekehrt statt offen zu informieren.</p> <p>Im Raum der Deutschschweizer Grossstadt bestehen gute Sachen. Wünschenswert wäre es, dass es schneller geht und die Leute nicht lange auf einen KITA-Platz warten müssen. Die Eltern sollen entlastet werden, die Kinder sollen sozialisiert werden. Durch die Entlastung der Eltern sollen die wieder Schnuff haben in Ruhe etwas mit den Kindern zu machen.</p> <p>Durch Aufgabenhilfen können Eltern entlastet werden. Bei Auffälligkeiten der Kinder müssen Abklärungen durchgeführt werden. Dadurch wird die Mutter entlastet. Die Zusammenarbeit mit Lehrkräften ist manchmal für die Eltern schwierig.</p> <p>In der Erwachsenenpsychiatrie am Standort B kann man viel machen. In der Zeit, wenn die Eltern stationär sind, müssen sie zu sich schauen. Der Aufenthalt soll ihnen Entlastung verschaffen.</p>	<p>Das Weiterbestehen der Gruppe hängt von der finanziellen Situation und den Ressourcen des Personals ab.</p> <p>Jeder Erwachsenen-Psychiater und jeder Kinder-Psychiater, welche in der Deutschschweizer Grossstadt eine Praxis haben, sollten sechs Flyer erhalten. Für diese Werbung war jedoch kein Geld vorhanden. Jetzt erhalten die Patienten am Standort C einen Flyer.</p>	<p>Es bestehen im Raum der Deutschschweizer Grossstadt keine weiteren Angebote als die Infogruppe, die Therapiegruppe für Kinder und die Gruppe für psychisch belastete Eltern. Es braucht weitere Angebote. Die behandelnden Erwachsenen-Therapeuten müssen über das Gruppenangebot informiert sein und die Eltern für die Thematik sensibilisieren.</p> <p>Das Risiko für Säuglinge bei depressiven Müttern ist sehr hoch, wenn die Mütter nicht auf die Bedürfnisse ihrer Kinder eingehen können. In der Einzelberatung werden in diesem Kontext Videoaufnahmen gemacht. C kennt keine Angebote zu dieser Thematik im Raum der Deutschschweizer Grossstadt.</p>

<p>Mögliche Angebote im Raum der Deutschschweizer Grossstadt sind KITA und Tageseltern. Die Zusammenarbeit mit den KITA's wurde schwieriger und auch bei den Notfallplätzen bestehen Wartezeiten. Es ist wichtig, dass die Kinder externe Netze haben.</p> <p>Die Erziehungsberatungsstellen sind sehr wichtig. In der Deutschschweizer Grossstadt und in einer weiteren Schweizer Grossstadt im selben Kanton hat es Gruppen für Kinder.</p> <p>Spezifische Gruppen im Kontext von psychischen Erkrankungen sind Gruppen mit belasteten Familien, Scheidungsfamilien und Familien mit Alkoholproblemen. Weiter hat es eine Gruppe der KJPD. Eine Vernetzung mit der EB, mit den Notaufnahmegruppen, mit dem Kinderheim X. und mit einem Beistand sind dabei zentral. Die Eltern bestärken Hilfen von aussen anzunehmen und Ängste abzubauen.</p> <p>Partnerinstitution ist die KJPD. Mit der KJPD am Standort X. werden Patienten unter Umständen vernetzt, um Abklärungen zu machen.</p> <p>Es sind viele kurze Aufenthalte. Glücklicherweise kann man bei</p>		<p>Ein Kind Zuhause zu haben, welches pubertiert, Schulprobleme etc. hat, ist eine normale Belastung. Wenn die Eltern auch noch psychische Probleme haben, dann ist dies fast nicht tragbar. Das Gefühl der Eltern, dass sie sich um das Kind kümmern sollten wird bei den kurzen Aufenthalten vergessen.</p> <p>Kinder brauchen Vertrauenspersonen und eine Ort, wo sie Fragen stellen können und kindsgerechte Antworten und Erklärungen erhalten. Dabei sollen Ängste abgebaut werden.</p> <p>Tabuisierung und Wut abbauen und die Kinder ernst nehmen. Kinder dürfen nicht die Erwachsenenrollen übernehmen. Expertin gibt ihre Nummer ab. Die Kinder können jederzeit mit ihr Kontakt aufnehmen.</p> <p>C hat durch den Kontakt mit erwachsenen PatientInnen erfahren wie belastend das Zusammenleben mit den Mütter oder Väter war. Es geht nicht eigentlich um die psychische Erkrankung sondern vielmehr um deren Auswirkungen, wie beispielsweise die Parentifizierung. Dadurch ist ein Kind sehr stark auf die Mutter</p>		
--	--	---	--	--

<p>einer Weitervernetzung mit den Tageskliniken dran bleiben und weitere Schwierigkeiten auf-fangen.</p> <p>Weil B sich in der Erwachsenen- psychiatrie am Standort B befindet, ist klar, dass alles über sie läuft. Es braucht immer eine Ansprechperson, die Ideen hat.</p> <p>B hält fest, dass die KJPD sehr aktiv interessiert gewesen war und nun ist es eine andere Zeit und andere Prioritäten werden gesetzt. Früher wurde die Finan- zierung der pro juvenute- Broschüren von der KJPD übernommen. Die hält nun fest, dass dies Sache der Erwachsen- enpsychiatrie sei. Das Projekt wurde evaluiert und daraus entstand eine ambulante Gruppe am Standort C.</p>		<p>oder den Vater ausgerichtet, auf deren Bedürfnisse. Es ist zum Teil wie eine Nabelschnur, die auch im erwachsenen Alter noch besteht und sie immer noch mit den Eltern verbunden sind. Die Frage stellt sich dann, was das für die eigenen Bedürfnisse bedeutet. Diese werden überhaupt nicht wahrgenommen und anerkannt. Das wirkt sich zum Teil auch auf die Partnerschaft im Erwachsenenalter aus. Es ist ein ganz wichtiges Thema.</p> <p>Kinder psychisch kranker Eltern brauchen stabile, zuverlässige und langandauernde Bezugspersonen. Das müssen nicht Mutter und Vater sein. Das kann auch eine Grossmutter oder eine Tante sein. Das ist sehr wichtig, insbesondere bei alleinerziehenden Väter oder Mütter. Ganz allgemein ein gutes Netz, Peers und Bezugspersonen. Weiter wichtig sind Integration, soziales Netz, schulische Fähigkeiten und Unterstützung. Oft ist es auch so, dass psychisch kranke Eltern so instabil sind, dass das Kind das letzte Glied in der Kette ist. Ein Kind braucht Informationen wohin es sich wenden kann, wenn es einem Elternteil ganz schlecht geht. Beispielsweise in einer Krisensituation, bei Suizidalität.</p>		
<p>Für das Erstgespräch erhielten die Assistenzärzte und Assistenzärztinnen ein Formular, damit eruiert werden konnte, ob die Patienten Kinder haben und an einem Beratungsgespräch interessiert wären. Ziel, war, das Thema aufzugreifen. Gerade in der Anfangsphase wurden Fach- personen immer wieder auf die Studie und auf die Wichtigkeit des Themas aufmerksam gemacht. Der Reminder und der Rapport wurden dazu genutzt.</p>				

<p>Daraus hat sich eine grosse Sensibilisierung ergeben. Seit 2008 läuft die Studie und es wurde festgestellt, dass nun beispielsweise auch die Mitarbeitenden des KIZ sehr sensibilisiert sind und zum Teil auch ganz spontane Anfragen machen.</p> <p>C fände es schade, wenn mit dem Ende der Studie im Dezember auch das Projekt beendet wäre. Die Zusammenarbeit am Standort C war wirklich gut.</p> <p>Am Standort C wurde festgestellt, dass es seit 2008 (Beginn der Studie) eine Entlastung gibt. Die Eltern werden zu den Psychologen geschickt und beraten. Auch weitere Fragen werden bearbeitet. Das ist mittlerweile eine gut eingespielte Zusammenarbeit am Standort C.</p> <p>Expertin B ist in der Erwachsenenpsychiatrie am Standort B sehr engagiert. Durch sie werden die Fachpersonen am Standort B sensibilisiert. Sie hat die Rolle der Vermittlung. Die Gruppe am Standort C wird von der KJPD betreut und angeboten und B rekrutiert Patienten, die Interesse haben. Diesbezüglich besteht eine gute und sehr wertvolle Zusammenarbeit.</p> <p>Die Gruppe von Experte A ist</p>		<p>Ganz wichtig ist auch, dass keine Tabuisierung in Bezug auf die Erkrankung stattfindet. Es ist wichtig über die Krankheit zu sprechen, die Symptome, das Auftreten der Erkrankung zu den verschiedenen Zeitpunkten. Informationsvermittlung ist ganz wichtig. Kinder suchen sonst häufig die Schuld bei sich.</p> <p>Wichtig für die Kinder ist ein gutes soziales Netz, Informationsvermittlung, Wissen um Handlungsmöglichkeiten bei einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes bei einem Elternteil, Peers, gute Integration in der Familie, Unterstützung, ein bestmögliches Helfernetz und über die Thematik sprechen können bestenfalls noch mit einer Fachperson, das wäre optimal.</p>		
--	--	--	--	--

<p>nochmals eine andere Sache. Expertin B bietet Beratung und Info an, für stationär hospitalisierte Patienten. Es ist ein kleines Gruppenangebot das sich bildet. Besteht kein Interesse von Seiten der Patienten dann findet sie nicht statt. B hat auch Flyer der Elterngruppe. Sie ist sehr engagiert und das ist für die Zusammenarbeit sehr wertvoll.</p> <p>Es wird eine Liste abgegeben mit Hilfsangeboten über die Erziehungsberatungsgruppen, des Hütedienstes des Schweizerischen Roten Kreuzes, Kinderspitex, Kindernotaufnahmegruppe, Erziehungsberatung, einfach alles was sie anbieten. Weiter hat es noch die Pro Juventute mit dem Angebot der Förderung der Kinder im Vorschulalter, Spital, Notfall, Familientreff, es ist eine ganze Liste. Es ist wichtig den Eltern Adressen zur Vernetzung zu geben. Freiwillige Beistandschaften sind auch noch ein Thema, einfach als Hilfestellung für die Eltern.</p> <p>Vernetzung ist ganz wichtig und eine offene Haltung. Es besteht Handlungsbedarf in der Vernetzung, auch an Informationen insbesondere auch für die Eltern. C und weitere Mitarbeitenden stehen auch im Austausch mit</p>				
--	--	--	--	--



<p>anderen Institutionen. Sie geben Informationen raus und erhalten wieder neue Inputs, wie etwas aufgebaut werden könnte.</p> <p>Die Zusammenarbeit war toll, es war eine Gemeinschaftsproduktion und jeder konnte dabei seine Themen einbringen.</p> <p>Zusammenarbeit findet mit der Erwachsenenpsychiatrie am Standort B und der EB statt. Es bestehen Anfragen von zwei weiteren Psychiatriekliniken. Das ist noch in Arbeit. Sie sind über die Gruppe psychisch belasteter Eltern informiert und möchten dies auch. Es gibt natürlich schon einiges.</p> <p>Patienten vom Standort B können nach ihrem Austritt in die Gruppe am Standort C gehen. Es bestehen aber keine gemeinsamen Sitzungen mit der Erwachsenenpsychiatrie am Standort B.</p>				
---	--	--	--	--



## **Bachelor-Thesis (Gruppenarbeit)**

### **Angaben zur Autorenschaft der einzelnen Kapitel**

Studierende:

(Name, Vorname)

-----

Bachelor-Thesis:

(Titel)

-----

-----

Abgabe-Zeit:

(Monat, Jahr)

-----

Fachbegleitung:

(Dozentin)

-----

Ich, obgenannte Studierende, habe von der obgenannten Bachelor-Thesis die folgenden Teile (Kapitel-Angabe) verfasst:

Bei den folgenden gemeinsam verfassten Teilen der Bachelor-Thesis (Kapitel-Angabe) bin ich Mitverfasserin:

Ort, Datum:

Unterschrift:

-----

---

### **Eigenhändige Erklärung zur Bachelor-Thesis** (gemäss Art. 64 SPR)

„Ich erkläre hiermit, dass ich diese Arbeit selbständig verfasst und keine andere als die angegebenen Quellen benutzt habe. Alle Stellen, die wörtlich oder sinngemäss aus Quellen entnommen wurden, habe ich als solche gekennzeichnet. Mir ist bekannt, dass andernfalls schriftliche Arbeiten gemäss Artikel 23 Abs. 1 KNR mit dem Prädikat „nicht erfüllt“ oder der Note 1.0 bewertet werden.“

Ort, Datum:

Unterschrift:

-----



## **Bachelor-Thesis (Gruppenarbeit)**

### **Angaben zur Autorenschaft der einzelnen Kapitel**

Studierende:

(Name, Vorname)

-----

Bachelor-Thesis:

(Titel)

-----

-----

Abgabe-Zeit:

(Monat, Jahr)

-----

Fachbegleitung:

(Dozentin)

-----

Ich, obgenannte Studierende, habe von der obgenannten Bachelor-Thesis die folgenden Teile (Kapitel-Angabe) verfasst:

Bei den folgenden gemeinsam verfassten Teilen der Bachelor-Thesis (Kapitel-Angabe) bin ich Mitverfasserin:

Ort, Datum:

Unterschrift:

-----

---

### **Eigenhändige Erklärung zur Bachelor-Thesis** (gemäss Art. 64 SPR)

„Ich erkläre hiermit, dass ich diese Arbeit selbständig verfasst und keine andere als die angegebenen Quellen benutzt habe. Alle Stellen, die wörtlich oder sinngemäss aus Quellen entnommen wurden, habe ich als solche gekennzeichnet. Mir ist bekannt, dass andernfalls schriftliche Arbeiten gemäss Artikel 23 Abs. 1 KNR mit dem Prädikat „nicht erfüllt“ oder der Note 1.0 bewertet werden.“

Ort, Datum:

Unterschrift:

-----