



universität
wien

Diplomarbeit

Titel der Diplomarbeit

„Hilfs- und Unterstützungsangebote für Kinder
psychisch kranker Eltern
in Österreich“

Verfasserin

Sabine Tyoler

Angestrebter akademischer Grad

Magistra der Philosophie (Mag. Phil.)

Wien, 12.02.2010

Studienkennzahl lt. Studienblatt: A 297

Studienrichtung lt. Studienblatt: Diplomstudium Pädagogik

Betreuer: Univ. Prof. Dr. Ernst Berger

Inhaltsverzeichnis

I. Theoretischer Teil

Abstract	5.
Einleitung	7.
1. Psychische Erkrankungen	8.
1.2 Krankheitsbilder	9.
1.2.1 Affektive Störungen	9
1.2.1.1 Depressionen	10.
1.2.1.2 Manie	10.
1.2.1.3 Bipolare Störung	11.
1.2.2 Schizophrenien, schizotype und wahnhaftige Störungen	12.
1.2.3 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (Borderline Störung)	13.
1.2.4 Alkoholabhängigkeit und Abhängigkeit von weiteren Substanzen	15.
2. Bedeutung einer psychischen Erkrankung für eine Elternschaft	16.
2.1 <i>Exkurs:</i> Bindungstheorie und Störungen in der Mutter-Kind-Interaktion	19.
2.2. Bedeutung der einzelnen Krankheitsbilder für eine Elternschaft	23.
2.2.1 Die Bedeutung einer Depression für eine Elternschaft	23.
2.2.2 Die Bedeutung einer Manie für eine Elternschaft	24.
2.2.3 Schizophrenie und deren Bedeutung für eine Elternschaft	24.
2.2.4 Borderline Störung und deren Bedeutung für eine Elternschaft	25.
2.3 Der Wunsch der erkrankten Eltern nach Hilfe und Unterstützung	25.
2.3.1 Mögliche Hindernisgründe für die Anspruchnahme von Hilfsangeboten	27.
3. Lebenssituation der Kinder psychisch kranker Eltern	27.
3.1 Risikoforschung	28.
3.2 Resilienz- und Bewältigungsforschung	30.
3.2.1 Resilienzforschung	30.
3.2.2 Bewältigungsforschung	33.
3.3 Vulnerabilitätsforschung	35.
3.4 Kindliche Problemlage	36.
3.4.1 Unmittelbare Probleme	37.
3.4.2 Folgeprobleme	39.
4. Interventionsmöglichkeiten	41.
4.1 Modellprojekte in Deutschland	43.
4.1.1 AURYN	43.
4.1.2 KIPKEL	44.
4.1.3 Stationär-psychiatrische Behandlungen von Müttern mit ihren Kindern	46.

II. Empirischer Teil

5. Empirische Untersuchung	48.
5.1 Qualitative Sozialforschung	48.
5.2 Qualitative Datenerhebung	49.
5.3. Auswertung der Daten	50.
6. Zielgruppenspezifische Angebote in Österreich/Wien	54.
6.1 Zielgruppenspezifische Angebote in den Bundesländern	54.
6.1.1 „JOJO – Kindheit im Schatten“ Präventionsprojekt für Kinder psychisch kranker Eltern in Salzburg	54.
6.1.2 Initiative „S.I.N.N. – Sozial innovatives Netz“ in Graz	55.
6.1.3 Familienberatungsstelle ANANAS – Verein zur Förderung der Erziehungskompetenz von Familien, Niederösterreich	56.
6.1.4 Projekt „Kiesel – Kinder von Eltern mit seelischem Leiden“ in Vorarlberg	57.
6.1.5 Projekt „TakaTuka“ der Caritas in Tirol	58.
6.1.6 Stationäre Mutter-Kind-Behandlung der sozialpsychiatrische Abteilung Waidhofen an der Thaya, Landeslinik Niederösterreich	59.
6.2 Zielgruppenspezifische Angebote in Wien	60.
6.2.1 Department für Perinatale Psychiatrie im Rahmen der Sozialpsychiatrischen Ambulanz des Otto Wagner Spitals in Wien	60.
6.2.2. Stationäre Mutter-Kind Aufnahme auf der Psychiatrie des AKH Wien	61.
6.2.3 HPE Wien – Selbsthilfegruppe: Wenn Eltern psychisch krank sind	62.
7. Allgemeine Hilfs-, Betreuungs- und Behandlungsangebote für Kinder und Jugendliche in psychischen Krisen in Wien	64.
7.1 Stationäres und tagesklinisches Angebot im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie (AKH und Rosenhügel)	64.
7.2 Ambulante und stationäre Abteilungen der MA 11 – Amt für Jugend und Familie	66.
7.3 Abteilung Jugend- und Behindertenpsychiatrie mit Autismuszentrum und Kinder- und Jugendpsychiatrisches Ambulatorium mit Tagesklinik des PSD Wien	68.
7.4 Ambulatorien des VKKJ - Sozialpädiatrisches Ambulatorium Fernkorngasse	69.
7.5 Erziehungsberatungsstellen	70.
5.5.1 Psychoanalytisch-Pädagogische Erziehungsberatungsstellen	70.
7.6 Child Guidance - Institut für Erziehungshilfe	71.
7.7 Die „BOJE“ Ambulatorium für Kinder und Jugendliche in Krisensituationen	72.
7.8 Zusammenfassung der bestehenden Hilfs- und Unterstützungsangebote für Kinder psychisch Kranker in Österreich	73.

8. Ergebnisdarstellung	75.
8.1 Auswertung ExpertInneninterviews	75.
8.1.1 Übersichtstabelle ExpertInnen	75.
8.2 Auswertung Elterninterviews	85.
8.2.1 Übersichtstabelle Eltern	85.
8.3 Zusammenfassung der Ergebnisse	93.
8.4 Diskussion der Ergebnisse	95.
8.5 Relevanz der Ergebnisse für die Pädagogik	98.
Ausblick	102.
Literaturverzeichnis / Anhang	103.
Danksagung	116.
Eigenständigkeitserklärung	117.

Abstract

Diese Arbeit befasst sich mit einer besonderen Zielgruppe: Mit Kindern und Jugendlichen, deren Eltern psychisch krank sind. Diese Kinder und Jugendlichen sind zahlreichen Belastungen und Risiken ausgesetzt, und bedürfen daher einer gezielten, professionellen Unterstützung. Inwieweit sie diese benötigte Hilfe und Unterstützung in Österreich bekommen können, ist Thema dieser Forschungsarbeit. Die Fragestellung dieser Arbeit soll konkrete Auskünfte über die aktuelle Situation bezüglich bestehender beziehungsweise fehlender Hilfs- und Unterstützungsangeboten für Kinder und Jugendliche psychisch Kranker in Österreich und im Besonderen in Wien geben. Anhand von qualitativen Befragungen von ExpertInnen einerseits und betroffenen Eltern andererseits wurde versucht, einen umfassenden Überblick über die bestehende Versorgungslage für die Betroffene zu erhalten. Für Fachleute, die mit betroffenen Familien arbeiten, wäre eine erste *spezialisierte Anlaufstelle*, die gleichzeitig als Vernetzungspunkt zwischen den Fachdiensten, Behörden und den Familien dient, primär erstrebenswert. Betroffene Eltern hingegen, äußerten vermehrt den Wunsch nach einer Möglichkeit eines Austausches mit anderen betroffenen Eltern. Auch der Wunsch nach Unterstützung bei der Kinderbetreuung, beispielsweise in speziellen Kindergruppen, ist bei den Eltern vorrangig. Professionelle Unterstützung bei der Aufklärung und Information der Kinder über die Erkrankung der Eltern stehen im Hintergrund, da die Eltern dies - nach eigenen Aussagen - lieber selbst übernehmen. Die Einrichtungen, mit denen ich mich in dieser Arbeit befasst habe, leisten hervorragende Arbeit in diesem Bereich, aber alle – ohne Ausnahme – können aufgrund der zu geringen finanziellen Ressourcen und Kapazitäten ihre Arbeit nicht in dem Maße durchführen, wie es notwendig wäre. Kinder psychisch kranker Eltern werden in Österreich noch immer nicht hinreichend als Zielgruppe für notwendige Interventionen wahrgenommen.

This thesis deals with a special target group, namely children and adolescents whose parents are mentally ill. These children and adolescents are exposed to numerous risks, stresses and strains and therefore need specific professional support. This thesis is about to what extent these children and adolescents receive the needed support and help in Austria. The present thesis aims to provide information on the current situation regarding existing or missing aid offered to children and adolescents of mentally ill parents, especially in Vienna. With the help of qualitative interviews of experts as well as concerned parents this thesis gives a full review of existing help for the affected. For experts who work with these families a *special contact point* would be desirable. There networking could take place between experts, counselors,

authorities and families. Affected parents though strongly wish for a possibility to communicate with other affected parents. Furthermore they wish for child care support, e.g. special child care groups. Professional guidance and information about the disease is not regarded as important. According to their own statements they like to take care of that part themselves. The facilities I have got involved with working on this thesis all do an excellent job in this area. However, all of the institutions without exception cannot perform to the extend that would be necessary and needed due to insufficient financial resources as well as short human resources. Children and juveniles of mentally ill parents in Austria are not adequately perceived as a target group for necessary interventions.

Einleitung

Obwohl ExpertInnen nach Schätzungen von rund 50.000 minderjährigen Kindern von Eltern mit einer psychischen Erkrankung in Österreich ausgehen (vgl. Pretis/Dimova 2004), scheinen Kinder als hilfsbedürftige Angehörige noch nicht richtig wahrgenommen zu werden. So werden primär Erwachsene als Angehörige psychisch Kranker von der Fachöffentlichkeit beachtet und beforscht. Erst in den letzten Jahren richtete sich die Aufmerksamkeit in zunehmendem Maße auch auf die minderjährigen Kinder als ‚betroffene Angehörige‘ (vgl. Schone/Wagenblaus 2006, 9). Kinder, die in Familien mit psychisch kranken Eltern aufwachsen, sind auf vielfältige Art und Weise durch die elterliche Erkrankung betroffen und stehen unter dem erhöhtem Risiko, selbst eine psychische Störung zu entwickeln (vgl. Lenz A. 2005, 13). Die Belastungen der betroffenen Kinder sind vielfältig. Um die negativen Auswirkungen für die betroffenen Kinder so gering wie möglich zu halten, ist ein professionelles Hilfs- und Unterstützungsangebot unerlässlich. Trotz der relativ hohen Anzahl betroffener Kinder, gibt es in Österreich nur eine sehr geringe Zahl an Anlaufstellen für diese Zielgruppe, anders als beispielsweise in Deutschland. In der vorliegenden Arbeit soll der Frage nachgegangen werden, wo und vor allem in welcher Form sich Kinder von psychisch kranken Eltern diese - so dringend benötigte - Hilfe in Österreich erwarten können. Das Hauptaugenmerk wird hierbei auf der Bundeshauptstadt liegen. Außerdem wird näher untersucht, wo noch etwaige Defizite in der Versorgung auszumachen sind.

Zu den in der Arbeit verwendeten Termini muss Folgendes erwähnt werden: Im Bereich der Förderung von Menschen mit Behinderung zeigen sich, dank den Bemühungen der „People First-Bewegung“ bereits deutliche Effekte im Umgang mit diversen Begrifflichkeiten, die darauf hinweisen sollen, dass es unerlässlich ist, den *Menschen* in den Vordergrund zu heben und nicht die Beeinträchtigung oder Krankheit. Als Resultat dieser Bewegung lassen sich folgende Aspekte ausmachen: Aus „Behinderten“ wurden „Menschen mit Behinderung“, aus „Down-Syndrom-Kindern“ wurden „Kinder mit Down-Syndrom“ und aus „geistig Behinderten“ wurden „Menschen mit Lernschwäche“ (vgl. Pretis/Dimova 2004, 33). Im Bereich der psychischen Erkrankungen schreitet dieser Sensibilisierungsprozess nur langsam voran. In dieser Arbeit wurden aber durchgehend die Bezeichnungen wie „Kinder psychisch Kranker“ oder „Kinder psychisch kranker Eltern“ verwendet, da diese Begriffe in dieser Form bereits fester Bestandteil der Fachsprache geworden sind. Die korrekte Bezeichnung müsste allerdings lauten: „Kinder, deren Eltern eine psychische Erkrankung haben“. Durch diesen

Hinweis möchte ich einen Beitrag zum Sensibilisierungsprozess für Menschen, die eine psychische Erkrankung haben, leisten.

1. Psychische Erkrankungen

„Ein psychisch Kranker ist ein Mensch, der bei der Lösung einer altersgemäßen Lebensaufgabe in eine Krise und Sackgasse geraten ist, weil seine Verletzbarkeit und damit sein Schutzbedürfnis und sein Bedürfnis, Nicht-Erklärbares zu erklären, für ihn zu groß und zu schmerzhaft geworden sind.“ (Bleuler 1983)

Nach Dörner et al. (2002) wird dann das Ergebnis Krankheit, Kränkung, Störung, Leiden oder Abweichung genannt. „Ein Mensch, der krank, abweichend, irre, verrückt ist, handelt in Beziehung zu Anderen, zu sich selbst, zu seinem Körper, den Anforderungen am Arbeitsplatz und zu seinen Gefühlen verfehlt“ (Dörner 2002, 38). Es existiert keine einheitliche Definition des Begriffes *psychische Störung*, da sich psychische Auffälligkeiten wie andere Störungsbilder durch eine Vielzahl von Merkmalen auszeichnen. Das heute allgemein akzeptierte Modell zur Erklärung psychischer Störung ist das so genannte „Vulnerabilitätskonzept“. Dieses besagt, dass die aktuelle Störung das Resultat der lebenslangen Wirkung von protektiven und traumatisierenden Einflüssen im biologischen, psychischen und sozialen Bereich ist (vgl. Berger 2005, 46).

Da es keine Normen für das menschliche Innenleben und auch nicht für menschliches Verhalten gibt, ist der Begriff des ‚Abnormen‘ in der Psychopathologie und in der Psychiatrie nicht klar umrissen (vgl. Lenz A. 1998, 33). Um aber psychische Störungsbilder im medizinischen Rahmen einheitlicher erfassen zu können, wurden homogene Diagnose- und Klassifikationssysteme eingeführt. In diesen Diagnose- und Klassifikationssystemen werden die einzelnen psychischen Störungen anhand von Kriterien genau definiert und näher beschrieben. Das *DSM-IV* (Diagnostic and Statistical Manual) ist das Klassifikationsinstrument der American Psychiatric Association (APA) und bietet eine detaillierte Merkmalsbeschreibung und eine Klassifikation in mehreren Achsen an: Für die Symptomatik, die Persönlichkeitsstruktur, körperliche Störungen, soziale Belastungsfaktoren und psychische Gesundheit und Leistungsfähigkeit (vgl. Tölle/Windgassen 2006, 46). Der *ICD-10* (International classification of Diseases) wird von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) herausgegeben. Psychischen Störungen werden im ICD-10 im 5. Kapitel unter ‚F‘ aufgeführt.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) schätzt, dass weltweit rund 450 Millionen Menschen an psychischen Störungen leiden und berichtet über stetig steigende Häufigkeiten (vgl. Gutierrez-Lobos/Trappl 2006, 25). Im Laufe eines jeden Jahres erleiden 27% der EU-Bevölkerung, dies entspricht rund 83 Millionen Menschen (!), mindestens eine psychische Störung [vgl. Wittchen 2005, 1]. In Österreich leiden rund 25 Prozent der ÖsterreicherInnen mindestens einmal in ihrem Leben an einer psychischen Erkrankung [vgl. BMfG 2005, 77]. Viele dieser Erkrankten sind auch Eltern.

1.1 Krankheitsbilder

Menschen, die von einer psychischen Krankheit betroffen sind, sind mit einem breiten Spektrum an Beeinträchtigungen und Einschränkungen konfrontiert (vgl. Gutierrez-Lobos/Trappl 2006, 25). Die Art und Weise dieser Beeinträchtigungen und Einschränkungen ist von der Art und der Intensität der Erkrankung abhängig. Wenn in der vorliegenden Arbeit von psychisch Kranken die Rede ist, so sind – bezüglich der aktuellen Forschungssituation - die schwersten psychischen Erkrankungen gemeint, welche die ausgeprägtesten Symptombilder aufweisen. Hierzu zählen nach Mattejat (2005) vor allem psychotische Störungen, wie Schizophrenien, die affektiven Psychosen sowie endogene Depressionen, also Manien und bipolare Erkrankungen (vgl. Mattejat 2005, 66). Die Problematik für Kinder, die psychisch kranke Eltern haben, zeigt sich bei diesen psychischen Erkrankungen drastisch und am schärfsten (a.a.O., 67). Auch Persönlichkeitsstörungen, wie beispielsweise die Borderline Störung, werden in dieser Arbeit näher beschrieben, da diese Form der Erkrankung bei einem interviewten Elternteil besteht genauso wie Alkoholabhängigkeit und die Abhängigkeit von anderen Substanzen.

1.1.1 Affektive Störungen (Depression, Manie und Bipolare Störung)

Die affektiven Störungen gehören zu den am längsten bekannten psychischen Erkrankungen, die hauptsächlich mit Störungen von Antrieb, Stimmung und Gefühl einhergehen (vgl. Tölle/Windgassen 2006, 236). Sie sind unter anderem gekennzeichnet durch häufiges Vorkommen von Schwankungen der Grundstimmung – sowohl positiv als auch negativ -, durch Veränderungen des allgemeinen Aktivitätsniveaus, durch formale oder inhaltliche Denkstörungen, aber auch durch einen episodischen Verlauf mit Rückfällen und ein gehäuftes familiäres Auftreten (vgl. Felber 2003, 117). Die Symptomatik, unter welcher affektive Störungen auftreten können, ist vielfältig. Sie umfasst unter anderem beide Pole: Die Depression und/oder die Manie.

1.1.1.1 Depressionen

Rund fünf Prozent der Bevölkerung in Österreich leiden an einer behandlungsbedürftigen Depression (vgl. Gutierrez-Lobos/Trapp 2006, 47). Hierbei muss man aber zwischen Trauer, als einer Reaktion auf eine Situation, und einer Depression, als eine lang anhaltende Störung unterscheiden (vgl. Tölle/Windgassen 2006, 103). Menschen, die an einer Depression leiden zeigen deutliche Anzeichen einer Veränderung ihrer Befindlichkeit ins Negative mit gedrückter Stimmung, Freud- und Interesselosigkeit, eine pessimistische Grundhaltung und ein stark vermindertes Selbstwertgefühl, die über einen längeren Zeitraum (mindestens 14 Tage) durchgehend andauert (vgl. Lenz/Küfferle 1998, 215). Weitere Symptome einer Depression sind ein herabgesetzter Antrieb, gestörtes Wohlbefinden, eine verringerte affektive Resonanz, Schlafstörungen, Tagesschwankungen, vegetative Symptome, herabgesetzte Psychomotorik, belastendes Grübeln, in manchen Fällen Angst und/oder Wahn (vgl. Fischer o.J., 2ff.). Bedingt durch die Symptomatik kann bei einer Depression eine suizidale Gefährdung entstehen, wenn ein Mensch in einer ihm unerträglich oder unlösbar erscheinenden Situation nur dadurch glaubt entrinnen zu können, dass er sich das Leben nimmt (vgl. Tölle/Windgassen 2006, 130). Eine Depression tritt in Episoden auf.

Für einen unmittelbaren Ausbruch einer Depression sind unter anderem auch so genannte ‚Life Events‘, also Ereignisse mit schwerwiegenden Folgen von großer Bedeutung für die PatientInnen (vgl. Fischer o.J., 14). Diese ‚Life Events‘ sind meist Verluste, eine schwere Erkrankung einer nahe stehenden Person oder eine eigene schwere Erkrankung sowie finanzielle Verluste, Arbeitslosigkeit oder unfreiwilliger Wohnungswechsel (a.a.O.). Auch eine Geburt kann als ‚Life Event‘ gesehen werden und kann so Auslöser einer postpartalen Depression sein. Die Depression ist in jedem Lebensalter eine gut behandelbare Krankheit (a.a.O., 23). Die Therapie einer depressiven Störung ist meist eine Kombination von Psychopharmaka und Psychotherapie.

1.1.1.2 Manie

Das auffälligste Merkmal einer Manie ist eine gehobene Stimmung (vgl. Lenz/Küfferle 1998, 213). Die Betroffenen fühlen sich besonders wohl und leistungsfähig. Die Stimmung in manischer Verfassung kann aber auch gereizt und misstrauisch sein, bis hin zu schwerer Erregtheit mit Aggressionstendenzen („Zornmanie“). Neben der gehobenen Stimmung ist außerdem auch eine Selbstüberschätzung mit ausgeprägter Kritiklosigkeit kennzeichnend. Weiters ist eine manische Episode durch eine

Steigerung des Antriebs und einer psychomotorischen Enthemmung charakterisiert. Dies äußert sich in einer erhöhten psychischen und körperlichen Aktivität, vermehrtem Sprech- und Handlungsdrang und einer sozialen „Umtrieblichkeit“ (a.a.O., 214). Die Kontaktfreudigkeit zeichnet sich durch Unbeständigkeit und Distanzlosigkeit aus, sie steht im Gegensatz zum sonstigen Sozialverhalten der/des Erkrankten und wird von ihrer/seiner Umgebung als befremdlich empfunden. Die PatientInnen selbst haben den Eindruck so rasch und klar wie noch nie zu denken und erleben die Umgebung als langsam und begriffsstützig. Eine deutliche Schlafverkürzung aufgrund eines verminderten Schlafbedürfnisses ist für eine Manie außerdem sehr typisch (a.a.O.). Schon nach wenigen Stunden Schlaf ist das Gefühl der Ausgeruhtheit und Leistungsfähigkeit wieder vorhanden. Bei schweren manischen Verstimmungen kann es zum Auftreten psychotischer Symptome kommen. So können Selbstüberschätzung und das Gefühl besonderer Leistungsfähigkeit und Bedeutung in einen *Größenwahn* einmünden (a.a.O., 214 herv.i.O.). Selten können auch halluzinatorische Erlebnisse auftreten. Auch die Einnahme bestimmter Substanzen, vor allem Stimulantien können manische Episoden hervorrufen (vgl. Thau 2003, 144).

1.1.1.3 Bipolare Störung

Als bipolare affektive Störung wird eine Störung bezeichnet, bei der zumindest zwei nacheinander folgende affektive Episoden auftreten (vgl. Thau 2003, 143). Die Krankheitsepisoden können sich als Manie beziehungsweise Hypomanie oder als Depression manifestieren (a.a.O.). Normalerweise beginnen manische Episoden sehr abrupt und dauern zwischen zwei Wochen und fünf Monaten. Depressive Phasen dauern in der Regel etwas länger (ca. 6 Monate) (a.a.O.). Die Häufigkeit sowie der Verlauf der Krankheitsphasen können individuell sehr unterschiedlich sein. Das Ersterkrankungsalter bei bipolaren affektiven Störungen liegt zwischen dem 25. und 30. Lebensjahr und damit um etwa zehn Jahre vor dem Ersterkrankungsalter bei unipolaren affektiven Störungen (a.a.O.). Dies ist vor allem relevant, da Frauen und Männer gerade in diesem Alter Eltern werden beziehungsweise bereits Eltern sind. Oft haben die PatientInnen mehrere depressive Phasen, bevor die erste manische Phase auftritt (a.a.O.). Eine Vorhersage für einen Einzelverlauf ist aufgrund der vielfältigen individuellen Verläufe nur schwer zu prognostizieren (a.a.O.). Ähnlich wie bei unipolaren Depressionen wird auch bei der bipolaren Störung eine multifaktorielle Ätiologie mit biologischen und psychosozialen Faktoren angenommen (vgl. Thau 2003, 146). Bei bipolaren Störungen scheint die genetische Komponente deutlich stärker zum Tragen zu kommen als bei unipolaren Depressionen (a.a.O.). Verwandte 1. Grades von bipolaren

PatientInnen haben ein zehnfach höheres Erkrankungsrisiko als die Allgemeinbevölkerung (a.a.O.). Leiden beide Elternteile an einer bipolaren Störung, so steigt das Risiko für ihre Kinder an einer affektiven Störung zu erkranken auf 50 % an (a.a.O.).

Ziel der Behandlung von affektiven Störungen ist die Häufigkeit, den Schweregrad und die psychosozialen Folgen der Krankheitsphasen zu reduzieren (a.a.O.). Manische PatientInnen haben häufig subjektiv das Gefühl nicht krank zu sein. Das Einsehen der Notwendigkeit einer Behandlung ist oft nur selten der Fall (a.a.O.). Ein ideales Medikament zu Behandlung der Manie gibt es derzeit noch nicht. Meist ist daher eine stationäre Behandlung notwendig (a.a.O., 147). Es handelt sich somit um eine Langzeit- oder Dauerbehandlung, welche eine massive Belastung für die gesamte Familie darstellen kann. Eine Heilung ist nicht möglich, nur eine Stabilisierung des Zustandes der Patientin/des Patienten.

1.1.2 Schizophrenien, schizotype und wahnhaftige Störungen

Der Begriff „Schizophrenie“ wurde 1907 von dem Schweizer Psychiater Eugen Bleuler eingeführt, der diese Erkrankung wie folgt definierte:

„Nach unserem heutigen Wissen bedeutet Schizophrenie in den meisten Fällen die besondere Entwicklung, den besonderen Lebensweg eines Menschen unter besonders schwerwiegenden inneren und äußeren Bedingungen, welche Entwicklung einen Schwellenwert überschritten hat, nach welchem die Konfrontation der persönlichen inneren Welt mit der Realität und der Notwendigkeit zur Vereinheitlichung zu schwierig und zu schmerzhaft geworden ist und aufgegeben worden ist.“
(Bleuler 1983).

Das heißt, jemand wird zum Patienten, weil er/sie die Spannung nicht mehr ertragen kann und weil die bisherigen Mittel, das System doch zu halten, nicht mehr ausreichen (vgl. Dörner et al. 2002, 158). Typisch sind Störungen der Wahrnehmung und der Denktätigkeit sowie Wahnbildung, Störungen der Affektivität und des Antriebs, aber auch der Aufmerksamkeit und der Psychomotorik. Auch Halluzinationen (hier vor allem Stimmenhören, Wahnerlebnisse) und Ich-Störungen sind Kennzeichen einer Schizophrenie (vgl. Lenz/Küfferle 1998, 187f.). Ausdruck einer so genannten Ich-Störung (Ich-Schwäche) sind Entfremdungserlebnisse, aber auch Gedankenausbreitung und Beeinflussungserlebnisse (a.a.O., 188). Die einzelnen Störungen lassen sich schwer voneinander trennen. Schizophrenie ist eine Erkrankung der Person insgesamt. Die/der PatientIn *hat* nicht schizophrene Störungen, sondern sie/er *ist* schizophren (vgl. Tölle/Windgassen 2006, 178, herv.i.O.).

Häufig liegt bei schizophrenen PatientInnen ein Mangel an Krankheitseinsicht vor, was die langfristige Behandlung enorm erschweren kann (vgl. Lenz/Küfferle 1998, 189). Langfristig bestehende negative Symptome in chronischen Stadien führen zu teils schweren Einbußen im sozialen Bereich durch Isolation und sozialen Rückzug (a.a.O., 188). Dies ist bei einer bestehenden Elternschaft relevant, da sozialer Rückzug und Isolation der Familie für die Kinder besonders schwere Belastungen darstellen. Die Lebensprävalenz der Schizophrenie wird für Europa mit 0,5 bis 1 % geschätzt (vgl. Gutierrez-Lobos/Trappl 2006, 53). Geschlechtsspezifische Unterschiede finden sich hinsichtlich des Erkrankungsalters: 70 % der Männer erkranken vor dem 30. Lebensjahr, mehr als die Hälfte der Frauen hingegen danach (a.a.O.). Das bedeutet, dass Frauen, wenn sie an einer Schizophrenie erkranken meistens schon über 30 Jahre alt sind und die Wahrscheinlichkeit, dass sie bereits Kinder haben weitaus höher ist als wenn sie bereits in ihrer Jugend erkrankt wären.

Wie bei den meisten anderen psychischen Erkrankungen wird heute auch bei schizophrenen Störungen von einer multifaktoriellen Genese ausgegangen. Das heißt, es müssen sowohl neurobiologische, psychologische als auch soziale Teilfaktoren berücksichtigt werden (vgl. Gaebel/Falkai 2003, 104). Für eine genetische Disposition ergeben sich klare Hinweise aus den Familienbefunden: Das Erkrankungsrisiko ist in betroffenen Familien deutlich höher als in der Allgemeinbevölkerung; bei einem erkrankten Elternteil liegt das Erkrankungsrisiko des Kindes bei 10-12 % und bei zwei erkrankten Eltern bereits bei 45 % (a.a.O.). Als psychologische Auslöser können, wie bei einer affektiven Störung, so genannte ‚Life Events‘ betrachtet werden. Der Ausbruch einer psychotischen Krise liegt meist drei bis vier Wochen nach dem kritischen Lebensereignis (vgl. Dörner et al. 2002, 159). Die Therapie schizophrener Erkrankungen setzt sich aus zwei Komponenten zusammen: Einer biologischen, der Therapie mit Psychopharmaka, und einer psychosozialen Therapie (vgl. Lenz/Küfferle 1998, 200).

1.2.3 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen

Nach Saß und Herpertz (2003) versteht man unter *Persönlichkeit* die Summe aller psychischen Eigenschaften und Verhaltensbereitschaften gemeint, die dem Einzelnen seine eigentümliche, unverwechselbare Individualität verleihen. Die Abweichung vom gesunden Seelenleben besteht weniger in den Merkmalen an sich, als in dessen Prägnanz und Dominanz (vgl. Tölle/Windgassen 2006, 112). Nach ICD-10 können verschiedene spezifische Persönlichkeitsstörungen diagnostiziert werden: Eine paranoide, eine schizoide, eine

dissoziale, eine emotional instabile (Borderlinetypus), eine histrionische, eine anankatische, eine ängstlich vermeidende, eine abhängige Persönlichkeitsstörung und nach DSM-IV schizotype und narzistische Persönlichkeitsstörungen (a.a.O., 261f.).

Hier sei vor allem die Borderline-Störung näher erwähnt, da sie die am meisten verbreitete Persönlichkeitsstörung ist. Die *emotional instabile Persönlichkeitsstörung* umfasst zwei Unterformen: Den impulsiven Typus und den Borderline-Typus (vgl. Saß/Herpertz 2003, 222). Während der *Impulsive Typus* unter mangelnder Impulskontrolle, defizitärer Affektsteuerung und einer hohen reaktiven Aggressivität mit Neigungen zu Wut- und Gewaltausbrüchen leidet, weist der *Borderline-Typus* wiederholte Selbstbeschädigung und parasuizidale Handlungen auf. PatientInnen mit Borderline-Störung sind nur unzureichend in der Lage, Konfliktspannungen durch Verdrängung zu lindern. Stattdessen führt die Abwehrreaktion der Spaltung zur notwendigen Verarbeitung (vgl. Tölle/Windgassen 2006, 119). Emotionale Intensität, Unberechenbarkeit und Angst vor dem Verlassenwerden sind die wesentlichen Symptome dieser Krankheit, die vor allem von jenen Menschen wahrgenommen werden, die in einer intimen Beziehung zu der Betroffenen/dem Betroffenen stehen, wie die PartnerInnen und die eigenen Kinder (vgl. Lawson 2002, 15). Außenstehende wie Kollegen, Nachbarn oder Bekannte nehmen die plötzlichen Stimmungsschwankungen, das selbstzerstörerische Verhalten, die paranoiden Verzerrungen und die zwanghaften Grübeleien der Borderlein-Persönlichkeit meistens nicht wahr (a.a.O.). Die zwischenmenschlichen Beziehungen sind instabil, da die Angst verlassen zu werden die Beziehungsgestaltung weitgehend beherrscht (vgl. Tölle/Windgassen 2006, 118). Viele PatientInnen sind lange Zeit suizidal, es kommt zu Suizidversuchen und Suiziddrohungen oder anderen Formen selbstschädigenden Verhaltens (a.a.O.). Selbstverletzende Handlungen zur Spannungsreduktion oder um sich selbst wieder zu spüren, werden häufig habituell (a.a.O., 119). Schließlich kommen auch wahnhaftige Vorstellungen vor. Da die Borderline-Störung sehr häufig im Zusammenhang mit anderen psychischen Erkrankungen auftritt, wie etwa Depressionen, Essstörungen oder Suchterkrankungen und nicht jede/jeder Betroffene unter allen Symptomen leidet, ist die Klärung der Diagnose Borderline bis heute schwierig (vgl. Schone/Wagenblass 2006, 40). Eine Behandlung ist meist langwierig und erfordert eine verlässliche Beziehungskonstante.

1.2.4 Alkoholabhängigkeit und Abhängigkeit von weiteren Substanzen

Alkoholabhängig beziehungsweise alkoholkrank sind Menschen, wenn sie eine Reihe typischer Symptome aufweisen wie: Toleranzentwicklung, Kontrollverlust und Entzugerscheinungen bei gleichzeitiger Unfähigkeit zu dauerhafter Abstinenz (vgl. Mann 2003, 56). Zur Entstehung der Alkoholabhängigkeit gibt es wenig gesichertes Wissen (a.a.O.). Übereinstimmung besteht darin, dass es eine zur Entwicklung von süchtigem Verhalten prädisponierende „Alkoholpersönlichkeit“ oder „Suchtpersönlichkeit“ nicht gibt (a.a.O., herv.i.O.). Die Ausbildung einer Abhängigkeit wird durch ein multifaktorielles Bedingungsgefüge erklärt, bei dem individuelle Faktoren wie genetische Belastungen, Biographie ebenso eine Rolle spielen wie Umweltbedingungen und die spezifische Wirkung der Droge Alkohol (a.a.O.). Je nach Stadium der Erkrankung sind unterschiedliche klinische Symptome zu erwarten. Auf der psychischen Ebene können Symptome wie Angstneigung, dysphorische und depressive Verstimmungen und innere Unruhe auftreten. Typisch ist außerdem das überdurchschnittliche Bestehen des Wunsches, die Substanz einzunehmen, Schwierigkeiten den Konsum zu kontrollieren und ein anhaltender Substanzgebrauch, trotz schädlicher Wirkung (vgl. DIMDI 2008, 176).

Dem Substanzgebrauch wird Vorrang vor anderen Aktivitäten und Verpflichtungen gegeben. Es entwickelt sich eine Toleranzerhöhung und manchmal ein körperliches Entzugssyndrom (a.a.O.). Unter Toleranzsteigerung versteht man, dass der Organismus die Fähigkeit gewinnt, zunehmende Mengen des Giftes zu vertragen (vgl. Dörner et al. 2002, 241). Das Abhängigkeitssyndrom kann sich auf einen einzelnen Stoff beziehen (Alkohol, Tabak), auf eine Substanzgruppe (opiatähnliche Substanzen) oder auf ein weites Spektrum pharmakologisch unterschiedlicher Substanzen (a.a.O.). Bei alkoholkranken Menschen besteht oft eine Komorbidität (Zusatzdiagnosen). Rund 40-60 % der alkoholabhängigen Frauen weisen eine psychiatrische Zusatzdiagnose auf (vgl. Mann 2003, 61). Die Therapie einer Alkoholabhängigen/eines Alkoholabhängigen muss individuell nach dem jeweiligen Krankheitsstadium geplant werden (a.a.O., 62). Die Behandlung kann aus einer Entgiftung, einer Entwöhnung, einer ambulanten Nachbetreuung und Selbsthilfe und einer unterstützenden Pharmakotherapie bestehen. In jeder dieser Phasen kann es zu Rückfällen hinsichtlich des süchtigen Verhaltens kommen. Die Erfolgsrate der stationären Entwöhnungsbehandlung liegen bei 50 bis 70 %.

Auch andere Substanzen können eine Abhängigkeit auslösen. Im wesentlichen handelt es sich bei diesen (zumeist illegalen) Substanzen um organische Naturstoffe unterschiedlicher chemischer Struktur oder auch um Gemische verschiedener solcher Stoffe (Opium, Cannabinoide), wobei diese im Laufe der Zeit durch synthetische Stoffe ergänzt wurden (Heroin, Ecstasy) (vgl. Gastpar 2003, 65). Das Syndrom der Abhängigkeit allgemein ist einerseits durch die psychische Anhängigkeit im Sinne eines unbezwingbaren Verlangens nach der Substanz (Alkohol, Nikotin oder Droge) definiert und andererseits durch eine körperliche Abhängigkeit, die durch Toleranzentwicklung und entsprechende körperliche Entzugserscheinungen charakterisiert ist (vgl. Kasper 2003, 66). Man geht heute davon aus, dass etwa die Hälfte der drogenabhängigen PatientInnen eine behandlungsbedürftige psychiatrische Störung aufweist.

2. Bedeutung einer psychischen Erkrankung für eine Elternschaft

Jede psychiatrische Diagnose ist wie eine „Etikette“. Sie suggeriert einen derartigen „Geschlossenheits-Eindruck“ und das Bild einer derart umfassenden Identität der erkrankten Person, dass alle ihre sonstigen Eigenschaften und Fähigkeiten nicht mehr gesehen werden [vgl. Lazarus 2003, 24]. Damit steigt die Gefahr einer Stigmatisierung. Aber die psychiatrische Krankheitsdiagnose als eine Aussage über die Störung einer Person, sagt wenig über deren Selbstbild und über die Bewältigung ihrer Krankheitssymptome und –folgen aus. Darüber hinaus sagt sie in den meisten Fällen nichts über die Auswirkungen und Bewältigungsformen der psychischen Erkrankung im familiären und sozialen Umfeld aus [a.a.O.].

Psychische Störungen sind mit einem breiten Spektrum an Beeinträchtigungen und Einengungen verbunden. Sie führen daher auch zu einer beträchtlichen Einschränkung der Lebensqualität (vgl. Gutierrez-Lobos/Trapp 2006, 25). Die psychische Erkrankung des Elternteils steht oft in Wechselwirkung mit weiteren psychosozialen Belastungsfaktoren wie beispielsweise ehelichen Konflikten, familiären Disharmonien und Unzufriedenheit sowie mit länger andauernden Trennungen durch einen Klinikaufenthalt oder aber auch mit finanziellen Einschränkungen durch einen Arbeitsplatzverlust [vgl. Lazarus 2003, 22]. Menschen mit einer psychischen Erkrankung leiden auch an einem erschwerten Zugang zu Arbeit und Freizeitaktivitäten, an sozialer Isolation und an diversen Formen der Diskriminierung und Stigmatisierung (vgl. Gutierrez-Lobos/Trapp 2006, 56). Die Belastungen betreffen nicht nur den Erkrankten selbst, sondern auch die Familie als ganzes System.

Dem Thema ‚Elternschaft‘ von Menschen mit psychischen Störungen wurde in der Forschung bisher relativ wenig Aufmerksamkeit geschenkt. Vorliegende Studien zeigen aber deutlich, dass psychisch kranke Eltern keine Randgruppe darstellen und die Mehrzahl der Eltern mit ihren Kindern auch zusammen lebt (vgl. Lenz A. 2005, 33). Dieses Zusammenleben gestaltet sich nicht nur für die Betroffenen selbst oftmals schwierig, sondern auch für die Angehörigen der Erkrankten. Oft geht eine psychische Erkrankung eines Elternteils – häufig der Mutter - immer wieder mit Beeinträchtigungen in der Versorgung und Erziehung der Kinder einher (a.a.O., 34). Diese krankheitsbedingten Einschränkungen in der Betreuungs- und Erziehungsfunktion belasten den erkrankten Elternteil und verstärken sowohl dessen Schuldgefühle als auch seine Ängste und Sorgen über die Zukunft der Kinder. Wenn kein gesunder Partner zur Verfügung steht, der kompensierend eingreifen kann und Verantwortung für die Kinder übernimmt, kann es in Folge zu einer Verschlechterung des psychischen Zustandes des Erkrankten/der Erkrankten kommen. Wenn der erkrankte Elternteil noch dazu den Verlust des Sorgerechts für die Kinder und den damit verbundenen Verlust der Beziehung befürchten muss, kann das die ohnehin schon krisenhafte Situation der Familien schwer belasten (vgl. Lenz A. 2005, 34).

Mehrere Studien weisen nach, dass der Verlust des Kindes durch die Entziehung des Sorgerechts eine reale Gefahr für den erkrankten Elternteil darstellt und eine erneute Dekompensation bewirken kann (vgl. Nicholson et al. 1998, zit.n. Lenz A. 2005, 34). Aus juristischer Perspektive stellt eine psychische Erkrankung eines Elternteils alleine noch kein Hindernis zur Ausübung des Sorgerechts dar, denn in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle können Eltern dieser Kinder und Jugendlichen deren Pflege und Erziehung noch selber oder mit Unterstützung von EhepartnerInnen oder Verwandten sicherstellen (vgl. Schone 2005, 108). Das heißt, dass Ressourcen aus dem familiären oder sozialen Umfeld aktiviert werden können, um die krankheitsbedingten Einschränkungen und Beeinträchtigungen im Umgang mit den Kindern auszugleichen (a.a.O.). Wenn das Wohl der Kinder allerdings nicht mehr gewährleistet werden kann, zum Beispiel auf Grund mangelnder Krankheitseinsicht des Elternteiles, besteht die Gefahr einer „Kindeswohlgefährdung“. Dann ist es die Aufgabe der Jugendwohlfahrt (Amt für Jugend und Familie MAG ELF) einzugreifen, um das Wohl des Kindes sicher zu stellen. Häufig ist es bei psychisch kranken Eltern, denen es an Krankheitseinsicht fehlt, nicht allein damit getan Ermahnungen auszusprechen oder bestimmte Auflagen anzuordnen (vgl. Schone 2005, 112). Dann besteht die Gefahr der Abnahme der Kinder durch das zuständige Jugendamt. Daher besteht bei

vielen erkrankten Eltern (vgl. Elterninterviews) eine starke Zurückhaltung vor einer Kontaktaufnahme mit dem Jugendamt, aus Angst ihre Kinder nur auf Grund der Diagnose ihrer Erkrankung zu verlieren.

In Beziehungen, in denen ein Partner psychisch krank ist, kommt es häufig zu Trennungen und Scheidungen. Im Falle einer Scheidung muss bei der Frage nach der Obsorge die elterliche Erziehungssuffizienz geprüft werden (vgl. Friedrich 2006, 93f.). Wenn der erkrankte Elternteil aufgrund seiner/ihrer Erkrankung nicht in der Lage ist, seiner/ihrer Obsorgepflicht im ausreichendem Maß nachzukommen, kann eine Scheidung somit für den erkrankten Elternteil mit dem Verlust des Sorgerechtes für das Kind verbunden sein.

Zu den häufigsten Problemen der erkrankten Elternteile und deren PartnerInnen zählt Mattejat (2005) die Tabuisierung der Erkrankung oder Verleugnung bis hin zu einer Verdrängung der Erkrankung. Oft kommt es auch zu einer Fixierung auf die Erkrankung. So können einerseits Überforderung oder andererseits Unterforderung im beruflichen und familiären Alltag entstehen (vgl. Mattejat 2005, 71 f.). Die PatientInnen suchen vermehrt Unterstützung bei Angehörigen und FreundInnen. Sie „klammern“ sich an ihre Angehörigen oder FreundInnen und überfordern diese damit. Irritierung besteht oft durch emotionale Überreaktionen („expressed emotions“) wie ärgerliche, überkritische und aggressive Reaktionen (Zurückweisung, Nicht-Eingehen, Abwehr) oder auch überfürsorgliche Verhaltensweisen. Aber auch durch Resignation, depressive Reaktionen, Erschöpfung, Desinteresse, Entmutigung, Distanzierung, Abwendung (a.a.O.). Die meisten Eltern, die unter einer psychischen Erkrankung leiden, haben große Schwierigkeiten mit der Frage, ob und wie sich die Erkrankung auf ihre Kinder auswirkt (vgl. Remschmidt/Mattejat 1994, 298). So treten bei den erkrankten Elternteilen oft Schuldgefühle auf, wenn sie das Gefühl haben ihre Kinder nicht mehr adäquat versorgen zu können, sie in etwas hineingezogen zu haben oder ihnen zur Last zu fallen (a.a.O.). Insbesondere die Frage, ob sie vielleicht durch genetische Vererbung ihre psychische Erkrankung an ihre Kinder weitergegeben haben könnten, löst massive Schuldkomplexe aus (a.a.O.).

In einer Studie von Pollak et al (2008) zur Einschätzung psychisch kranker Eltern zur *gesundheitsbezogenen Lebensqualität von ihren Kindern* schätzten psychisch kranke Eltern die Lebensqualität ihrer Kinder in den Dimensionen ‚Familie‘ und ‚psychisches Wohlbefinden‘ signifikant niedriger ein als die Allgemeinbevölkerung

(vgl. Pollak et al. 2008, 311). Das heißt Eltern, die an einer psychischen Erkrankung leiden, sind der Meinung, dass ihre Kinder eine schlechtere Lebensqualität haben, als Kinder gesunder Eltern. Auf der anderen Seite findet man aber auch Eltern, die sich gar nicht mit der Frage auseinandersetzen möchten, ob und wie sich ihre Erkrankung auf die Kinder auswirkt (vgl. Renschmidt/Mattejat 1994, 298). So können Fehlprojektionen und Fehlverhalten den Kindern gegenüber entstehen (a.a.O.).

2.1 Exkurs: Bindungstheorie und Störungen in der Mutter-Kind-Interaktion

Um die Entwicklung eines Kindes zu verstehen, ist es erforderlich, das Augenmerk auf die Beziehung zwischen Eltern und Kind zu legen (vgl. Diem-Wille 2003, 15). Vom Augenblick der Geburt an lernt der Mensch und dieses Lernen findet in Beziehung zu einem oder mehreren anderen Menschen statt (a.a.O., 11). Die Bindungstheorie wurde von dem englischen Kinderpsychiater und Psychoanalytiker John Bowlby Ende der 50er Jahre skizziert. Eine der zentralen Aussagen von Bowlbys Theorie ist, dass der menschliche Säugling die angeborene Neigung hat, die Nähe einer vertrauten Person zu suchen (vgl. Dornes 2000, 44). Fühlt sich der Säugling alleine, müde, krank oder unsicher, so werden Bindungsverhaltensweisen wie Schreien, Lächeln, Anklammern und Nachfolgen aktiviert, um die Nähe zur vertrauten Bezugsperson herzustellen (a.a.O.). Die Ziele dieser Verhaltensweisen sind Nähe und das Gefühl der Sicherheit. So entsteht zwischen dem Säugling und der Bezugsperson eine Bindung. In der Bindungstheorie von John Bowlby stellt die *Mutter* die zentrale Person dar (vgl. Grossmann 2004, 28). Die Ausgestaltung charakteristischer Bindungsmuster findet in den ersten sechs Lebensmonaten statt (vgl. Dülks 2003, 184). Die Qualität dieser Bindung ist nach Ainsworth et al. (1978) von der mütterlichen Feinfühligkeit in Bezug auf die Signale ihres Babys abhängig (vgl. Dornes 2000, 44). So entscheidet sich auch, welche Bindungsart der Säugling ausbilden wird. Wenn die Mutter schnell die Signale ihres Kindes erfasst, sie deutet und in angemessener Weise prompt darauf reagiert, dann kann eine *sichere Bindung* entstehen (vgl. Dülks 2003, 184). Reagiert die Mutter eher zurückweisend auf die (Bindungs-) Bedürfnisse des Kindes, so resultiert ein eher *unsicher-vermeidender Bindungsstil*. Wenn die mütterlichen Antworten auf die kindlichen Signale inkonsistent und wenig vorhersagbar sind, dann entwickelt das Kind eine so genannte *unsicher-ambivalente Bindung* (vgl. Dornes 2000, 45). Die Entwicklung einer Bindung ist abhängig von der Qualität des Umgangs von Bindungspersonen mit den Bindungsbedürfnissen des Kindes von der Geburt an bis hin zum Erreichen des Erwachsenenalter (vgl. Grossmann 2004, 30). Bowlby betonte

den langfristigen Einfluss früher Trennung auf die spätere Beziehungsfähigkeit eines Kindes auf seine kognitive und affektive Entwicklung (vgl. Schuch 1997, 54). Michael Rutter stellt Bowlbys Ergebnisse in einen breiteren Zusammenhang: Nicht nur Trennung, sondern vor allem chronische qualitative Beeinträchtigungen früher Interaktionen (Konflikthaftigkeit, Unsicherheit, Simulationsmangel sind als Risikofaktoren später Störungen zu sehen, deren Art spezifischen Auffälligkeiten zuzuordnen sind (a.a.O., 54 f.). Das heißt im Falle einer psychischen Erkrankung eines Elternteils können Störungen in der Eltern-Kind-Interaktion auf eine mögliche Gefährdung der psychischen Entwicklung des Kindes hinweisen (vgl. Deneke/Lüders 2003, 172). Psychische Erkrankungen der Eltern können die Interaktion beeinträchtigen – müssen dies aber nicht zwangsläufig (a.a.O., 173).

Obwohl Bowlbys Theorie in erheblichem Umfang auf klinische Daten und Beobachtungen beruht, hat sich die Bindungsforschung lange Zeit überwiegend mit der Entwicklung von „normalen“ Kindern beschäftigt (vgl. Dornes 2000a, 68). Erst in den letzten Jahrzehnten wurden vermehrt so genannte „high risk samples“ erforscht (a.a.O., herv.i.O.). Es zeigte sich, dass misshandelte und/oder vernachlässigte Kinder zu einer Mischung von Vermeidung und Ambivalenz neigen (a.a.O., 71). Diese Muster werde als die am wenigsten adaptiven betrachtet und sind Ausdruck traumatisierender und/oder hochgradig inkonsistenter Beziehungserfahrungen (a.a.O.). In Beobachtungen zeigte sich, dass nicht so sehr spezifische Auswirkungen der jeweiligen Krankheitsbilder festzustellen sind, sondern dass bei verschiedenen Erkrankungen einige wenige Störungsmuster von Seiten der elterlichen Interaktion auftreten können und dass die Kinder entsprechende Anpassungsstrategien entwickeln (vgl. Deneke/Lüders 2003, 173). Deneke und Lüders teilen Störungen in der Interaktion zwischen psychisch kranken Eltern und ihren Kindern in zwei Kategorien ein: In *emotionale Unerreichbarkeit* und *Überstimulation* (a.a.O., 176). Emotionale Unerreichbarkeit kann vor allem bei Depressionen, Schizophrenien (vor allem mit Negativsymptomatik), Suchterkrankungen, Behinderung aber auch bei schweren körperlichen und psychischen Erschöpfungszuständen aus anderen Gründen auftreten (a.a.O., 177). Die Kinder emotional unerreichbarer Eltern sind psychisch depriviert, da sie von den Eltern nicht genügend Entwicklungsreize bekommen (a.a.O.). Ein besonders kritischer Zeitpunkt für ihre Entwicklung scheint das Ende des ersten Lebensjahres zu sein, da die Kinder zu dieser Zeit verstärkt emotionales Engagement suchen (a.a.O.).

Beim Vergleich der Mutter-Kind-Interaktion bei den verschiedenen psychiatrischen Erkrankungen fanden Hipwell und Kumar (1996) schizophrene Mütter stärker in ihrem Interaktionsverhalten beeinträchtigt als Mütter mit bipolaren, affektiven Störungen

(vgl. Deneke/Lüders 2003, 174). Und diese wiederum stärker beeinträchtigt als Mütter mit unipolaren depressiven Erkrankungen (a.a.O.). Bei Überstimulation wie bei einer agitierten Depression, Manien, bei Angststörungen, teilweise bei Borderline-Persönlichkeiten und schizophrenen Erkrankungen wird das Kind übermäßig stark oder anhaltend angeregt und damit dauernd zu Reaktionen herausgefordert (a.a.O., 178). Säuglinge beantworten diese Überstimulation mit Abwendung und Passivität, was von den Müttern meist als Ablehnung interpretiert wird und dann mit noch stärkerer Stimulation beantwortet wird. (a.a.O.). Angesichts begrenzter Bewältigungskompetenzen des Säuglings hat die in der Beziehung erfahrene emotionale Sicherheit und Verlässlichkeit wesentlichen Einfluss darauf, wie ein Kind belastende Erfahrungen bewältigt (vgl. Laucht 2002, 127).

Von noch größerer Bedeutung dürfte diese Funktion der frühen Eltern-Kind-Beziehung bei einem Kind sein, das durch biologische oder psychosoziale Risiken ohnehin in seiner Entwicklung gefährdet ist (vgl. Laucht 2002, 127). Laucht (2002) zeigte in seiner Untersuchung, dass mögliche Beeinträchtigungen (nachteilige Folgen für das Kind) von der Qualität der frühen Interaktion zwischen depressiver Mutter und Säugling abhängig sind (a.a.O.). So entwickelten sich Kinder offensichtlich günstig, wenn es ihrer depressiv erkrankten Mutter gelang, sich im frühen Kontakt mit den Kindern sozusagen „nicht-depressiv“ zu verhalten (a.a.O., herv.i.O.). Umgekehrt waren die Folgen negativen mütterlichen Interaktionsverhaltens schwerwiegender, wenn eine depressive Mutter sich in dieser Weise verhielt. Somit bestätigte sich die heute einvernehmliche Ansicht, dass die negativen Auswirkungen einer mütterlichen Depression im Wesentlichen durch Störungen der Mutter-Kind-Beziehung vermittelt werden (vgl. Laucht 2002, 133; Murray/Cooper 1997b). Wie bereits in der Studie von Laucht et al. (1998) wurde auch hier die Bedeutung der frühen Mutter-Kind-Interaktion in der Entwicklung von Risikokindern nachgewiesen (vgl. Laucht et al. 1998, 388). Allerdings ist noch nicht geklärt, *wie* die langfristigen Zusammenhänge zwischen der frühen Interaktionsstörung und den späteren Entwicklungsauffälligkeiten zu begründen sind. Der besondere Stellenwert der frühen Interaktion für die Entwicklung von Risikokindern ergibt sich aus ihrer entwicklungspsychologischen Funktion: Die im Umgang mit den ersten Bezugspersonen erfahrene emotionale Sicherheit und Verlässlichkeit bildet die Grundlage, auf der sich kindliches Selbstvertrauen und Vorstellung von Selbstwirksamkeit entwickelt (a.a.O.). Ungünstige Bedingungen haben jedoch nicht zwingend dauerhafte negative Folgen: Positive soziale Beziehungen zu anderen Personen können als Ausgleich fungieren, wobei auch bereits entstandene psychische Folgen veränderbar sind (zum Beispiel durch psychotherapeutische

Interventionen) (vgl. Schuch 1997, 54). So kann eine gelungene Mutter-Kind-Interaktion am Beginn einer Entwicklung stehen, mit der die Ausbildung protektiver wirksamer personaler Ressourcen gefördert wird (vgl. Laucht et al. 1998, 389).

Ein Projekt, das sich mit Störungen der Mutter-Kind-Interaktion beschäftigt, ist die Entwicklungsbegleitung von Kindern substanzabhängiger Mütter – das *Wiener Comprehensive Care Modell*. In Wien werden ca. 60 Kinder pro Jahr von opiatabhängigen Frauen geboren (vgl. Elstner et al. 2006, 110). Neben den biologischen Risiken für die Neugeborenen bestehen auch psychosoziale Belastungen für Mütter und Kinder. Eine eingeschränkte emotionale Verfügbarkeit der Mutter und entzugsbedingte Unruhe der Säuglinge können zu Interaktionsstörungen führen (a.a.O.). So wurde im Zuge des Projektes ein Betreuungsnetzwerk für Drogen konsumierende Frauen etabliert mit dem Ziel, der Reduktion von Entwicklungsrisiken der Kinder durch intensive und umfassende prä-, peri- und postnatale Betreuung (a.a.O.). In einer begleitenden Evaluationsstudie wurde der Frage nachgegangen, ob präventive Betreuung bei fortdauernder Opioiderhaltungstherapie der Mütter auch längerfristig das Entwicklungsrisiko der Kinder verringern kann (a.a.O.). So wurde einerseits die neurologische Entwicklung und andererseits die psychosoziale Entwicklung beobachtet. Die Mutter-Kind-Interaktion wurde mit Hilfe von Videoaufnahmen beurteilt und durch den PIR-GAS (Parent Infant Relationship – Global Assessment Score) ausgewertet. Deutliche Interaktionsstörungen zeigen sich bei mehr als ¼ (26,2%) der Kinder und weitere 45,2% wiesen eine „beeinträchtigte Beziehung“ auf [vgl. Berger/Elstner 2002, 5]. Das Risiko einer Beeinträchtigung der Entwicklung, durch vorgeburtliche biologische Einflüsse, die mit dem Drogenkonsum in unmittelbarem Zusammenhang stehen ist laut der Studie sehr gering [a.a.O., 8]. Im Bereich der psychosozialen Risiken spielen Beeinträchtigungen der Mutter-Kind-Interaktion und Instabilität der Betreuungsfunktion eine zentrale Rolle [a.a.O., 9]. So stützen die vorliegenden Ergebnisse die Einschätzung, dass es sich auch bei dieser Gruppe um eine Hochrisikogruppe handelt, die ein engmaschiges Betreuungsangebot von hoher fachlicher Kompetenz und multidisziplinärer Struktur benötigt [a.a.O.].

2.2. Bedeutung der einzelnen Krankheitsbilder für eine Elternschaft

2.2.1 Die Bedeutung einer Depression für eine Elternschaft

Typisch für eine Depression sind Tagesschwankungen der Verfassung im Hinblick auf Befindlichkeit und Antrieb mit einem Tief am Morgen und Schlafstörungen, meist in Form eines frühzeitigen Erwachens oder einer Durchschlafstörung (vgl. Lenz/Küfferle 1998, 215). Diese Schwankungen der Verfassung können für den Betroffenen selbst als sehr belastend erlebt werden, wenn der Elternteil beispielsweise früh morgens nicht in der Lage ist seine/ihre Kinder zu versorgen und sie zur Schule zu bringen. Wenn ein Partner vorhanden ist, ist dieser meist automatisch gezwungen die morgendlichen Tätigkeiten zu übernehmen. Dies kann im Hinblick auf bestehende Arbeitszeiten des Partners durchaus problematisch sein. Die Freud- und Interesselosigkeit kann von Angehörigen als persönliches Desinteresse an seiner Person empfunden werden und so, vor allem von Kindern, als eine schmerzhaftes Zurückweisung wahrgenommen werden (a.a.O.). Das bereits verringerte Selbstwertgefühl des Erkrankten, kann solcher Art noch mehr angegriffen werden. Der erkrankte Elternteil ist sich seiner Erkrankung durchaus bewusst und dies verstärkt seine Schuldgefühle gegenüber seinen/ihren Kindern und der PartnerIn noch mehr. Bedingt durch eine Antriebsminderung ist der/die Erkrankte meist nur in der Lage den notwendigsten Pflichten des Alltages nachzukommen. Familiäre Aktivitäten wie Ausflüge, gesellschaftliche Aktivitäten oder Unternehmungen mit den Kindern können meist nicht getätigt werden. Viele PatientInnen geben an, dass ihnen schon die kleinste Entscheidung große Mühe bereitet (vgl. Lenz/Küfferle 1998, 215). Es besteht eine gedankliche Einengung auf negative Themen, manche PatientInnen versinken ganz in unproduktiven Grübeleien (a.a.O.). Dadurch sind die Erkrankten nicht in der Lage, den Familienmitgliedern – vor allem den Kindern - die dringend benötigte Aufmerksamkeit zu schenken. *Depressive Mütter* sind in der Interaktion in der Mutter-Kind Beziehung mangelnd kontingent und reaktiv [vgl. Trautmann-Villalba 2006, 4]. Das heißt sie zeigen wenige positive und mehr negative Affekte, sie sind emotional wenig beteiligt und äußern oft negative Gefühle und Feindseligkeiten [a.a.O.]. Die Depressivität kann sich bis zu Lebensüberdruß mit Suizidgedanken vertiefen, es kann zu konkreten Suizidintendenzen und – handlungen kommen (a.a.O.). Angehörige, die mit Suizidgedanken oder –handlungen konfrontiert sind, sind oftmals überfordert mit der Angst, den geliebten Menschen zu verlieren und der eigenen Hilflosigkeit der Krankheit gegenüber.

2.2.2 Die Bedeutung einer Manie für eine Elternschaft

Durch die Veränderungen im Verhalten ergeben sich mehr oder weniger ausgeprägte Beeinträchtigungen sozialer Funktionen in Familie und Beruf (vgl. Lenz/Küfferle 1998, 214). Die Heiterkeit manischer PatientInnen kann sehr ansteckend wirken, von der engeren Umgebung wird sie allerdings auch oft als beunruhigend und störend empfunden (a.a.O.). Die PatientInnen haben eine Fülle von Ideen, die ihnen auch dann großartig vorkommen, wenn die Umgebung sie trivial und unsinnig findet und sind von großer Entschlussfreudigkeit, dabei aber sehr unbeständig (a.a.O.). Eine Tendenz, kritiklos Geld auszugeben kann zu schweren sozial Beeinträchtigungen führen (a.a.O.). Kinder manischer Eltern schämen sich häufig für das euphorische, laute und auffällige Verhalten ihrer Eltern.

2.2.3 Schizophrenie und deren Bedeutung für eine Elternschaft

Schizophrenes Handeln kann für Angehörige nur schwer erträglich sein. Angehörige müssen lernen Näherung und Rückzug für die Beziehung neu zu bestimmen. Zu viel Nähe führt zu großer Angstabwehr und der Konflikt, mit den Menschen sein zu wollen, sie aber nicht ertragen zu können, zu psychotischen Lösungen (vgl. Dörner et al. 2002, 159). Zu viel Ferne wiederum führt zu weit weg von den Menschen, vom Sozialen, hin zu Angst und auch zu psychotischen Lösungen (a.a.O.). Der Kranke/die Kranke kann mit seiner/ihrer Krankheit auch drohen. Sie überfällt ihn/sie nicht nur, er/sie kann sie auch bewusst als Druckmittel einsetzen

(a.a.O., 158). Wenn Wahn als Symptom auftritt, ist dies für die Angehörigen sehr belastend. Im *Wahn* gelingt es nicht, sich auf eine andere Perspektive einzulassen und vom eigenen Standpunkt abzusehen, sich in den anderen Menschen hineinzusetzen (vgl. Tölle/Windgassen 2006, 181). Alles dreht sich um ihn/sie selbst. Je nach Art des Wahnthemas (Beziehungs-, Verfolgungs-, Eifersuchts-, Größen- oder Hypochondrischer Wahn) gestaltet sich das Zusammenleben mit den Erkrankten überaus schwierig. Ein wesentliches Merkmal der Wahnerkrankung ist die Doppelseitigkeit des Wahns (a.a.O., 178). Die Erkrankte/der Erkrankte ist anders, fremd, und „verrückt“ und doch handelt und spricht er/sie wie sonst auch. Dies kann vor allem bei Kindern große Verwirrung auslösen. Wahnkranke stoßen in ihrer Umgebung meist auf Unverständnis, Ablehnung und aggressive Zurückweisung. Schizophrene Störungen sind nicht grundsätzlich unverständlich (a.a.O., 201). So kann ein feinfühliges und behutsames Eingehen auf den Kranken zu einem Verständnis seines Erlebens und Verhaltens führen. Das Auftreten gewaltsamer Situationen ist für schizophren Kranke oft ein Grund für eine Krankenhauseinweisung, öfter als bei

anderen Patientengruppen (vgl. Dörner et al. 2002, 156). Sie selbst erleben sich als weniger gewalttätig, als sie häufig von ihren Mitmenschen wahrgenommen werden (a.a.O.). Aber nicht jeder Mensch, der an einer Schizophrenie erkrankt ist, wird gewalttätig.

2.2.4 Borderline Störung und deren Bedeutung für eine Elternschaft

Menschen, die an einer Borderline-Störung leiden, sind unbeständig und sprunghaft, impulsiv und selbstzerstörerisch und sie haben Angst vor dem Verlassenwerden (vgl. Lawson 2002, 11). Auch Männer können Borderline Störungen entwickeln, jedoch erkranken Frauen doppelt so häufig wie Männer (a.a.O.). Der Schwerpunkt der nachfolgenden Erläuterungen wird deshalb auf der Bedeutung der Mutterschaft liegen. Borderline Mütter explodieren – sie verlieren jede Gefühlskontrolle, indem sie entweder in Verzweiflung fallen oder in Hasstiraden ausbrechen (a.a.O., 13). Aber sie können auch liebevolle, unterstützende und nährenden Mütter sein. Mütter mit mehreren Kindern nehmen das eine Kind als „nur gut“ und ein anderes als „nur böse“ wahr, sie spalten und projizieren widersprüchliche Gefühle, die sie in Bezug auf sich selbst haben auf ihre Kinder (a.a.O., 13). Kinder, die bei einer Borderline-Mutter aufwachsen, leben in einer „als-ob-Welt“ (vgl. Lawson 2002, 14). *Borderland* (Grenzland) ist eine emotionale Welt, in der liebende Mütter Ähnlichkeit mit Märchenfiguren haben: Mit hilflosen und verwaisten Kindern, ängstlichen Einsiedlerinnen, herrschsüchtigen Königinnen oder rachsüchtigen Hexen (a.a.O.). Auch wenn Frauen mit einer Borderline-Störung in anderen Rollen ausgezeichnet funktionieren können – die Rolle der Mutter ist die Aufgabe, die sie vor die höchste Herausforderung stellt. Das Kind wird oft emotional „gefangen gehalten“ (a.a.O., 15). Vertrauen ist ein wesentliches Problem in der Beziehung zwischen Borderline-Eltern und ihren Kindern (a.a.O., 17). Kinder vertrauen ihren Borderline Müttern nicht, weil sie unter anderem die Wahrheit verzerren, sie manipulieren, sie unberechenbar sind, sie anderen körperlichen Schaden zufügen, sie unbeständig und impulsiv sind (a.a.O., 17).

2.3 Der Wunsch der erkrankten Eltern nach Hilfe und Unterstützung

Remschmidt und Mattejat haben 1994 ein Präventionskonzept für psychotisch erkrankte Eltern und ihre Kinder entwickelt. Die Hilfe und Unterstützung richtet sich hier auf zwei Hauptziele: Auf die Einstellung zur psychotischen Erkrankung und Aktivierung von Bewältigungsmöglichkeiten für den erkrankten Elternteil und auf eine zusätzliche Prävention für die Familie insgesamt und insbesondere für die Kinder. Remschmidt und Mattejat (1994) schlagen vier Komponenten in ihrem Präventionskonzept vor: Eine ausführliche Beratung und

stützende Psychotherapie, Kooperation bei der Medikation, Hilfe bei der Gestaltung der Familieninteraktion und anderer persönlicher Beziehungen sowie Beratung und praktische Hilfen bei der beruflichen Rehabilitation (vgl. Remschmidt/Mattejat 1994, 297). Welche Art von Hilfe und Unterstützung sich Eltern, die eine psychische Erkrankung haben, wünschen, um den Alltag mit ihrer Familie besser bewältigen zu können, war auch Fragestellung mehrerer anderer Studien. Kölch und Schmid (2008) beispielsweise kamen in ihrer Untersuchung zu dem Schluss, dass neben dem prinzipiellen Wunsch, dass die Kinder mehr in der Behandlung berücksichtigt werden sollten, es vor allem Wünsche nach Angeboten sind, die sie im konkreten pädagogischen Umgang oder bei der Informationsvermittlung an ihre Kinder unterstützen (wie Elterntrainings oder Gespräche mit einem Kinder- und JugendpsychiaterIn/-psychotherapeutIn) (vgl. Kölch/Schmid 2008, 782). Betreuungsangebote im gewohnten sozialen Umfeld wurden häufiger gewünscht als Elter-Kind-Stationen oder kliniknahe Betreuungsangebote (a.a.O., 780).

Lenz A. (2005) ermittelte in seiner Studie, welche Bedürfnisse und Wünsche die betroffenen Eltern im Hinblick auf Unterstützung für ihrer Kinder haben (vgl. Lenz A. 2005, 43f.). Die Ergebnisse dieser Studie zeigen Folgendes: An erster Stelle steht der Wunsch der Eltern nach Unterstützung bei der Krankheitsaufklärung der Kinder. Weiters nach Unterstützung der Eltern in Fragen der Erziehung, nach Unterstützung der Eltern im emotionalen Umgang mit den Kindern, nach Unterstützung bei der Gestaltung der Eltern-Kind-Beziehung. Psychotherapeutische Unterstützung der Kinder sowie Unterstützung der Familie in Freizeitaktivitäten, Kontaktmöglichkeiten mit Gleichaltrigen und Hilfen bei den Schulaufgaben stehen an sechster, siebenter und achter Stelle (a.a.O.). Hinsichtlich der Frage nach dem Versorgungsbedarf empfindet über ein Drittel aller untersuchten Eltern in der Studie von Bohus et al. (1998) ihr derzeitiges soziales Unterstützungssystem als unzureichend und wünscht sich an erster Stelle mehr Hilfe von finanzieller Seite (vor allem wegen finanzieller Belastungen durch einen etwaigen Arbeitsplatzverlust aufgrund der Erkrankung) gefolgt von Unterstützung bei der Kinderbetreuung durch Familienhilfe und psychosozialer Beratung (vgl. Bohus et al. 1998, 136). Dementsprechend wünschten sich über 30% aller untersuchten Eltern mehr soziale Unterstützung. Damit zeichnet sich ein erhebliches Maß an Unsicherheit und Sorge seitens der Eltern ab, welche sich sicherlich auf den weiteren Erziehungsstil auswirken dürfte (a.a.O.).

2.3.1 Mögliche Hindernisgründe für die Anspruchnahme von Hilfsangeboten

In überwiegender Mehrzahl können die betroffenen Familien, die Pflege und Erziehung der Kinder noch selber und/oder mit Unterstützung der EhepartnerInnen oder Verwandten sicherstellen (vgl. Schone/Wagenblass 2006, 41). Dies bedeutet, dass Ressourcen aus dem familiären oder sozialen Umfeld aktiviert werden können (a.a.O.). So kann eine Bezugsperson außerhalb der engeren Familie als verständnisvoller Ansprechpartner für die Kinder eine ausgleichende und stabilisierende Funktion übernehmen (vgl. Lenz A. 2005, 93). Besteht allerdings nicht die Möglichkeit der familiären Unterstützung - beispielsweise bei allein ErzieherInnen - sind die erkrankten Elternteile auf professionelle Hilfe von außen angewiesen, um das Wohl der Kinder sicher stellen zu können. Erkrankte Eltern erkennen oder teilen aber oft nicht die Einschätzung, dass das Wohl ihrer Kinder durch die häusliche Lebens- und Erziehungssituation beeinträchtigt ist (vgl. Schone/Wagenblass 2006, 46). Dies kann an den spezifischen Erziehungsvorstellungen der Eltern liegen, ist aber zumeist eine Begleiterscheinung der psychischen Erkrankung (a.a.O.). Sie erkennen zwar, dass durch die spezielle Lebenssituation ihrer Kinder und durch ihr Erziehungsverhalten das Wohl ihrer Kinder beeinträchtigt ist, lehnen aber oft aus Angst, Scham oder aufgrund eigener schlechter Erfahrungen jegliche Hilfsangebote zur Veränderung der Lebens- und Erziehungssituation der Kindern ab (a.a.O., 47).

3. Lebenssituation der Kinder psychisch kranker Eltern

Kinder, die in einer Familie aufwachsen, in der ein oder beide Elternteile psychisch krank sind, sind auf vielfältige Weise von der elterlichen Erkrankung mit betroffen. Sie leiden unter zahlreichen Belastungen, deren Auswirkungen abhängig von der Art und dem Ausmaß der elterlichen Erkrankung sind. In den meisten Fällen sind diese Kinder auf sich selbst gestellt und bleiben mit ihren Sorgen, Ängsten und Fragen alleine. Sie sind in ihrer Situation mit den alltäglichen Anforderungen, Konflikten und Spannungen oftmals überfordert. Viele Kinder psychisch kranker Eltern nehmen ihre Situation nicht als verstärkt oder krankmachend wahr, weil die Lebenssituation mit ihrer Familie meist ihre einzige reale ist und erst durch den sozialen Vergleich Leidensdruck entsteht (vgl. Pretis/Dimova 2004, 22). Das heißt, dass die meisten Kinder erst Hilfe und Unterstützung erhalten, wenn sie bereits Verhaltensauffälligkeiten in Schule, Kindergarten, Hort, Freizeitaktivität etc. zeigen. In den letzten Jahren gab es vermehrte Forschungsaktivität in diesem speziellen Themengebiet, um die Problematik mehr ins Bewusstsein der Fachöffentlichkeit zu bringen. Die Forschung zum Thema „Kinder psychisch kranker Eltern“ lässt sich an drei Forschungsstämmen festmachen:

Der Risikoforschung, der Resilienz- und Bewältigungsforschung und der Vulnerabilitätsforschung (vgl. Lenz A. 2005, 13).

3.1 Risikoforschung

Die meisten Forschungsarbeiten zu diesem Thema stammen aus der Risikoforschung. Man geht von der Annahme aus, dass Kinder psychisch kranker Eltern eine Gruppe mit hoher Risikoverdichtung im Hinblick auf eine eigene psychische Erkrankung sind (vgl. Schone/Wagenblass 2006, 11). Diese so genannte High-Risk Forschung hat die Aufgabe aufzuklären, in welcher Hinsicht und über welche „Mechanismen“ sich die elterliche Erkrankung auf die kindliche Entwicklung auswirkt beziehungsweise mit ihr in Wechselwirkung steht (vgl. Mattejat et al. 2000, 164. herv.i.O.). Weiters fragt sie auch nach dem Zusammenhang zwischen der Art der elterlichen Störung sowie Form und Ausmaß der kindlichen Störung (vgl. Lenz A. 2005, 15).

Kinder *psychotischer* Eltern stellen eine besondere Risikogruppe dar, denn sie sind sowohl im kognitiven als auch im emotionalen Bereich erheblich stärker mit psychiatrischen Symptomen belastet und zeigen dadurch auch häufiger Störungen im Bereich des Sozialverhaltens. Besonders eindeutig ist dies für Kinder schizophrener Eltern nachgewiesen. Während das Lebenszeitrisko, an einer Schizophrenie zu erkranken bei ca. 1% liegt, ist die Wahrscheinlichkeit für Kinder schizophrener Eltern, selbst an Schizophrenie zu erkranken mehr als verzehnfacht (vgl. Remschmidt/Mattejat 1994, 296). Sie liegt bei 10-15%! Wenn beide Eltern schizophren erkrankt sind, liegt die Wahrscheinlichkeit für ihre Kinder an einer Schizophrenie zu erkranken bei etwa 40%.

Bei einer *depressiven* Erkrankung eines Elternteiles oder beider Elternteile verhält es sich ähnlich. Aufgrund der bisherigen Forschungsergebnisse ist anzunehmen, dass unipolare und bipolare Depressionen sich in unterschiedlicher Weise auf die familiären Entwicklungsbedingungen auswirken (vgl. Mattejat et al. 2000, 166). Depressive Symptome gehen bei Erwachsenen häufig mit anderen zusätzlichen psychiatrischen Symptomen oder Erkrankungen einher. Die Auswirkungen der elterlichen Erkrankung auf die Kinder hängt unter anderem davon ab, ob und welche zusätzlichen Erkrankungen bei den Eltern vorliegen (a.a.O.). Kinder depressiver Eltern haben ein vielfach erhöhtes Risiko im Verlauf ihrer Entwicklung selbst depressiv zu erkranken oder andere psychische Störungen zu entwickeln (vgl. Lenz A. 2005, 15). Das Risiko einer affektiven Störung ist für die betroffenen Kinder zwei bis drei mal höher, das Risiko für eine Major Depression etwa sechs mal höher als für

Kinder unauffälliger Eltern (vgl. Downey/Coyne 1990, zit. n. Lenz A. 2005, 15). Kinder depressiv erkrankter Eltern tragen darüber hinaus auch ein erhöhtes Risiko für andere psychische Störungen sowie Verhaltensauffälligkeiten und Anpassungsprobleme im sozialen, emotionalen und kognitiven Bereich (vgl. Cummings/Davis 1994, zit. n. Lenz A. 2005, 15).

Einige Untersuchungen konnten *geschlechtsspezifische Unterschiede* in den Reaktionen der Kinder auf die elterliche Erkrankung finden. Daher kann angenommen werden, dass eine Depression der Eltern Burschen und Mädchen unterschiedlich beeinflusst (vgl. Mattejat et al. 2000, 170). Dies ist vor allem relevant im Bezug auf geschlechtsspezifisch abgestimmte Interventionsmaßnahmen für die Kinder, wie getrennte Mädchen- und Burschen-Kindergruppen. Töchter depressiver Mütter sind möglicherweise gefährdeter für die Entwicklung einer eigenen psychiatrischen Erkrankung als Burschen (vgl. Rutter/Quinton 1984, 862). Affektiv erkrankte Mütter zeigen außerdem auffälligere Interaktionen mit ihren Töchtern als mit ihren Söhnen (a.a.O.). Des Weiteren deuten die Forschungsergebnisse darauf hin, dass eine mütterliche Erkrankung (bei Depression ebenso wie bei Schizophrenie) sich gravierender auf die kindliche Entwicklung auswirkt als eine entsprechende väterliche Erkrankung (Mattejat et. al. 2000, 167; Keller et al. 1986). Diese Ergebnisse können allerdings auch darauf zurückgeführt werden, dass bislang vor allem psychisch kranke Mütter untersucht wurden! Die Gründe dafür liegen nicht zuletzt in der epidemionogischen Verteilung der Erkrankungen. So erkranken wesentlich häufiger Frauen als Männer an Depressionen und darüber hinaus haben schizophrene Frauen häufiger Kinder als schizophrene Männer (vgl. Lenz A. 2005, 15f.).

Dabei ist zu beachten, dass sich das gemeinsame Auftreten mehrerer Risikofaktoren besonders gravierend auf die kindliche Entwicklung auswirkt, weil sich ihre Effekte nicht nur einfach aufaddieren, sondern wechselseitig verstärken (vgl. Mattejat et al. 2000, 165). In vielen Studien zur Resilienz werden protektive Prozesse hinsichtlich einzelner Risiken untersucht, wie zum Beispiel eine psychische Störung der Eltern. Es hat sich jedoch gezeigt, dass einzelne Risiken nur selten zu Erlebens- und Verhaltenstörungen führen (vgl. Lösel/Bender 2007, 63). Erst mit der Kumulation mehrerer Risiken, also mit der Anzahl der vorhandenen Risikofaktoren, steigt die Wahrscheinlichkeit von Verhaltenstörungen deutlich an (a.a.O.). Die Forschung hat in diesem Zusammenhang abzuklären, welche Bedeutung einzelnen zusätzlichen Risikofaktoren (bei einer vorhandenen psychischen

Erkrankung eines Elternteils) zukommt und wie sie sich in ihrer Kombination auf die kindliche Entwicklung auswirkt (vgl. Mattejat et al. 2000, 165).

Kinder, die frühkindlichen Risiken, wie eine erhöhte Belastung durch eine psychische Erkrankung eines Elternteils, ausgesetzt waren, weisen eine außerordentlich heterogene Entwicklung auf (vgl. Laucht 2002, 127). Insgesamt zeigen die Ergebnisse der Risikoforschung aber - wie sich anhand der Mannheimer Risikostudie aus dem Jahr 2000 erkennen lässt -, dass die negativen Folgen früher Risiken bis zum Schulalter nachweisbar sind (vgl. Laucht 2000b, 246). Während organische Risiken vor allem die motorische und kognitive Entwicklung beeinträchtigen, konzentrieren sich die Auswirkungen psychosozialer Belastungen auf kognitive und sozial-emotionale Funktionen (a.a.O.). So zeigt die Risikostudie deutlich, dass frühkindliche Risiken (wie beispielsweise eine psychische Erkrankung der Eltern) spezifische und langfristige Auswirkungen haben (a.a.O.). Allerdings konnte in zahlreichen Studien auch gezeigt werden, dass sich viele Risikokinder völlig normal, einige sogar besonders günstig entwickeln und nur eine Minderheit unter den nachteiligen Folgen früherer Belastungen leiden. So zeigten beispielsweise die Ergebnisse des Wiener Comprehensiv Care Projects (siehe Kap. 2.1), dass substanzabhängigen Mütter stabilisiert und die bekannten Risiken für ihre Kinder vermindert werden können (vgl. Elstner et al. 2006, 109).

3.2 Resilienz- und Bewältigungsforschung

3.2.1 Resilienzforschung

Die Resilienzforschung beschäftigt sich mit der Frage, warum manche Menschen trotz Belastungen und Risiken gesund bleiben oder sich relativ leicht von Störungen erholen, während andere unter vergleichbaren Bedingungen besonders anfällig sind. Rutter (1985) meint dazu: „Schützende Wirkungen liegen nicht primär im abpuffernden Effekt irgendeines schützenden Faktors, der zu einem bestimmten Zeitpunkt oder über einen Zeitraum wirksam wird. Vielmehr liegt die Qualität von Resilienz darin, wie Menschen mit Lebensveränderungen umgehen und was sie hinsichtlich ihrer Lebenssituation tun. Diese Qualität ist durch frühe Lebenserfahrungen, durch das, was in der Kindheit, im Jugendalter geschieht und durch die Lebensumstände im Erwachsenenalter beeinflusst.“ (Rutter 1985, 608)

In Falle von Kindern psychisch kranker Eltern stellen sich folgende Fragen: Welche Stärken und Kompetenzen helfen diesen Kindern am besten, Risiken in ihren Lebenswelten zu meistern? Und wie kann man durch pädagogische und heilpädagogische Maßnahmen ihre Widerstandskräfte stärken? (vgl. Opp/Fingerle 2007, 7) So lassen sich folgende Faktoren als protektive Faktoren ausmachen: Eine dauerhafte, gute Beziehung zu mindestens einer Bezugsperson beziehungsweise vertrauten Erwachsenen, Großfamilien oder eine kompensatorische Elternbeziehung, ein insgesamt attraktives Mutterbild, mindestens durchschnittliche Intelligenz des Kindes und ein robustes, aktives und kontaktfreudiges Temperament des Kindes (vgl. Doppel/Lienbacher 2005, 28f.). Auch die soziale Förderung und ein hoher sozioökonomischer Status der Familie wirken protektiv auf die Entwicklung der Kinder (a.a.O.).

Die Resilienzforschung nimmt ein enges Zusammenspiel biologischer, psychologischer und sozialer Risiko- und Schutzmechanismen an (vgl. Lösel/Bender 2007, 67). Nur wenige Studien haben aber bisher die biologischen und genetischen Variablen miteinbezogen (a.a.O.). So wurde auf der biologischen Ebene das Temperament als protektiver Faktor untersucht. Kinder reagieren je nach ihren Temperamenteigenschaften unterschiedlich auf die elterliche Erkrankung (vgl. Mattejat et al. 2000, 170). So scheint ein einfaches Temperament protektive Effekte für die Kinder zu haben. Ein einfaches Temperament zeichnet sich zum Beispiel durch eine Regelmäßigkeit in biologischen Funktionen wie Schlaf-Wach Rhythmus, einer geringen Irritierbarkeit, Anpassungstendenzen gegenüber neuen Situationen und Menschen sowie ein gutes Anpassungsvermögen an Veränderungen und eine gemäßigte, vorwiegend positive Stimmungslage aus (vgl. Schwartz et al. 1996, zit.n. Lenz A. 2008, 56). Auch ein robustes, aktives und kontaktfreudiges Temperament stellt einen wichtigen Schutzfaktor dar (vgl. Rutter 1990). Kinder mit einem schwierigem Temperament hingegen haben nicht nur genetisch mitbedingt ungünstige Entwicklungsvoraussetzungen, sondern diese werden auch noch durch die selbst unter Stress stehenden Eltern verstärkt, welche bei Erziehungsschwierigkeiten negativ auf die Kinder reagieren (vgl. Rutter 1990, zit. n. Lösel/Bender 2007, 67). Es hat sich gezeigt, dass bestimmte Merkmale des Temperaments, der kognitiven Kompetenz, der Selbstwahrnehmung und Selbstbewertung, der emotionalen Bindung an Bezugspersonen, des erlebten Erziehungsklimas und der sozialen Unterstützung eine relativ breite Schutzwirkung haben können (vgl. Lösen/Bender 2007, 71).

Während einige Menschen durch Belastungen und Stress lang anhaltend emotional beeinträchtigt werden, kommt es bei anderen trotz vergleichbarer Belastungen zu einer raschen Erholung ohne weitgehende gravierende Auswirkungen auf das psychische Wohlbefinden (vgl. Holtmann/Laucht 2007, 32). Diese so genannte *affektive Resilienz* meint „das Aufrechterhalten oder die rasche Wiederherstellen eines hohen Maßes von positiven Affekts und Wohlfühlens trotz ausgeprägter Widrigkeiten“ (vgl. Holtmann/Laucht 2007, 32, herv. i. O.). Das bedeutet nicht, dass resiliente Kinder keine negative Affekte erleben, sondern dass diese Affekte nicht anhaltend sind und dass sie nicht zu einer dauerhaften psychopathologischen Beeinträchtigung führen (a.a.O.). Für affektive Vulnerabilität oder Resilienz scheint von Bedeutung zu sein, wie lange die affektive Reaktion auf eine Belastung anhält und wie schnell danach Erholung einsetzt (a.a.O. 33). Die Entscheidung, wann eine Belastung kontrollierbar bleibt und ab wann sie unkontrollierbar zu werden beginnt, trifft jedes Kind, auch jeder Erwachsene für sich alleine und zwar auf der Grundlage seiner bisher gemachten Erfahrungen (vgl. Hüther 2007, 54). Diese individuellen Erfahrungen sind entscheidend dafür, wie ein Problem bewertet und mit welchen Strategien die Wiederherstellung des emotionalen Gleichgewichts angestrebt wird (a.a.O., 54f.).

Bei Kindern psychisch kranker Eltern sind nach Schlüter-Müller [2007] die bedeutendsten Resilienzfaktoren: Problemlösefähigkeit, Selbstwirksamkeitsüberzeugung, Selbstvertrauen, Selbstwertgefühl, sicheres Bindungsverhalten, soziale Kompetenz, eine zuversichtliche Lebenseinstellung und Kreativität [vgl. Schlüter-Müller 2007, 6]. Eine hohe Ausprägung der sozialen Kompetenz und der kommunikativen Fähigkeiten können dazu beitragen, dass erfolgreichere oder sozial akzeptablere Bewältigungsformen von den Kindern entwickelt werden (vgl. Lenz A. 2008, 57). Bei der Frage nach der geschlechterspezifischen Bedeutung von Resilienz kann festgehalten werden, dass sich Jungen im Vergleich zu Mädchen eher an externen Schutz- und Risikofaktoren bedienen („Hilfe von außen“), wohingegen Mädchen eher durch internale Faktoren (Selbstbewältigungsstrategien) gefördert werden (vgl. Ittel/Scheithauer 2007, 111). Weiters ist bekannt, dass externalisierende (nach außen verlagerte) Probleme häufiger bei Jungen, internalisierende Probleme hingegen häufiger bei Mädchen auftreten (a.a.O.). Daraus lässt sich schließen, dass am Verhalten von Jungen eher deutlich wird, dass ein Problem zu Hause besteht, wohingegen Mädchen weniger nach außen hin auffällig werden. Daher ist der Bedarf an geschlechterspezifischen Maßnahmen in der Förderung von resilienter Lebensführung offensichtlich (a.a.O.).

„Damit es Kindern gelingt, sich im heutigem Gewirr von Anforderungen, Angeboten und Erwartungen zurechtzufinden, brauchen sie Orientierungshilfe, also äußere Vorbilder und innere Leitbilder, die ihnen Halt bieten und an denen sie ihre Entscheidungen ausrichten“ (Hüther 2007, 54). Dies gilt im besonderen Maße für Kinder in einem schwer belasteten familiären Umfeld, wie mit psychisch erkrankten Eltern.

3.2.2 Bewältigungsforschung

Viele Kinder psychisch kranker Eltern entwickeln sich trotz der erheblichen Risiken, denen sie ausgesetzt waren, zu leistungsfähigen, zuverlässigen und fürsorglichen Erwachsenen (vgl. Werner 2007, 20). So funktionieren viele Familien mit einem depressiven Elternteil in vielen Bereichen gut wie etwa der ehelichen Beziehung, Kindererziehung, Eltern-Kind Beziehung etc. Die Kinder haben dadurch gute Möglichkeiten in der Familie emotionale Zuwendungen zu erfahren und somit ein selbstständiges Verhalten zu entwickeln (vgl. Mattejat et al. 2000, 169). Auch bei einer psychotischen Erkrankung eines Elternteils kann viel getan werden, um negative Auswirkungen zu vermeiden oder zumindest abzumildern (vgl. Remschmidt/Mattejat 1994, 297). Manfred Bleuler konnte bereits 1972 in einer Langzeitstudie aufzeigen, dass Kinder in schwierigen familiären und sozialen Konstellationen durchaus in der Lage sind ihr Leben adäquat zu meistern (Bleuler M. 1972). Er stellte bei der Beobachtung von 184 Kindern schizophrener erkrankter Eltern fest, dass drei viertel von ihnen gesund geblieben sind: „Selbst lang dauernde Erziehung durch zwei schizophrene Eltern prädestinierte ein Kind nicht dazu schizophren oder auch abnorm zu werden Man darf getrost annehmen, dass Kinder von Schizophrenen nicht einzig zufolge ungünstiger Umwelterfahrungen schizophren werden, sondern nur unter dem Einfluß von ungünstigen Anlagen und ungünstigen Lebensverhältnissen in ihrer gesamthaften Bedeutung.“ (Bleuler M. 1972, 492) Das heißt, wahrscheinlich sind die gesamten beurteilten Lebensverhältnisse für die Entstehung von Schizophrenien bedeutsamer als das Zusammensein mit manifest schizophrenen Eltern (a.a.O., 495).

Für die Bewältigung dieser Belastungen ist zunächst eine möglichst gute Einstellung der erkrankten Eltern und deren Angehörigen in Bezug auf die Krankheit notwendig und weiters die Möglichkeit verfügbare Kompensations- und Bewältigungsmöglichkeiten zu nutzen (vgl. Remschmidt/Mattejat 1994, 296). Forschungsergebnisse verweisen darauf, dass der psychische Zustand des anderen Elternteils einen wesentlichen Einfluss auf die kindliche Entwicklung hat: Wenn ein gesunder Elternteil zur Verfügung steht, der kompensierend wirken kann, sind die Entwicklungschancen der Kinder relativ günstig (vgl. Mattejat et al. 2000, 167). Weitere Schutzfunktionen gegen verschiedene Störungen

stellen nach Bender und Lösel (2007) unter anderem eine stabile emotionale Beziehung zu mindestens einem Elternteil oder anderen Bezugspersonen, ein emotional positives, unterstützendes und Strukturgebendes Erziehungsklima sowie Rollenvorbilder für ein konstruktives Bewältigungsverhalten bei Belastungen dar (vgl. Bender/Lösel 2007, 57). Diese Funktionen in einer Familie mit einem oder zwei psychisch kranken Elternteilen sind oft gestört, was zu erheblichen Entwicklungsbeeinträchtigungen führen kann (a.a.O.).

Das Aufwachsen in einer Familie, in der ein Elternteil psychisch krank ist, stellt für Kinder eine einschneidendes und in der Regel zeitlich länger andauerndes, belastendes Ereignis dar (vgl. Lenz A. 2008, 40). Aus der Stress- und Copingforschung ist bekannt, dass es entscheidend von der Art und Weise des Umganges mit Problemsituationen, Konflikten und Spannungen sowie von der Verfügbarkeit und Mobilisierung von Bewältigungsressourcen der Person abhängt, ob es in solchen Situationen zu Destabilisierungen kommt, die in Folge zu Auffälligkeiten und Störungen führen [vgl. Lenz A. 2008a, 7]. „Bewältigung umfasst nicht nur Verhaltensweisen, die eine aktive Meisterung der Anforderungen ermöglicht, sondern auch alle Reaktionen, die auf ein Aushalten, Tolerieren und auch Vermeiden oder Verleugnen von Belastungen abzielen.“ (Lenz A. 2005,19) Sind die Kinder massiven Ängsten wie beispielsweise Trennungsängsten ausgesetzt (siehe Kap. 3.4), versucht ein Teil der Kinder sich selber zu beruhigen und ihre Sorgen und Ängste besser in den Griff zu bekommen, indem sie große Hoffnungen mit einem Klinikaufenthalt des erkrankten Elternteils verbinden (vgl. Lenz A. 2005, 87). Sie sind davon überzeugt, dass die Mutter/der Vater durch die Behandlung wieder gesund werden und eine nochmalige Trennung durch einen Klinikaufenthalt nicht mehr notwendig sein wird (a.a.O.). Wenn die Kinder aber immer wieder akute Krankheitsphasen erleben und mit dem traumatischen Erlebnis der Klinikeinweisung konfrontiert werden, können Gefühle der Verzweiflung, Hoffnungslosigkeit und Resignation in den Vordergrund rücken (a.a.O.).

Daher ist folgender Aspekt essenziell: Je mehr ein Kind in der Lage ist, zu unterschiedlichen Zeitpunkten unterschiedliche Bewältigungsstrategien einzusetzen, desto besser wird es mit der Belastungssituation fertig werden (vgl. Lenz A. 2005, 20). Lohaus et al. (2006) konnten drei Bewältigungsmodi für die Stressbewältigung im Kindesalter ausmachen: Nutzung problemlösender Strategien, Nutzung emotionsregulierender Strategien und Nutzung von sozialer Unterstützung (vgl. Lenz A. 2008, 47). Die Bewältigung hängt maßgeblich von den Ressourcen ab, die Kindern in den belasteten Lebenssituationen zu Verfügung stehen. Bislang

weiß man noch relativ wenig darüber, wie Kinder mit den Belastungen des Zusammenlebens mit einem psychisch kranken Elternteil umgehen [vgl. Lenz A. 2008a, 9]. Aber vieles deutet darauf hin, dass Kinder psychisch kranker Eltern stark zu dysfunktionalen (nicht auf die gewünschte Art funktionierende) Bewältigungsstrategien und Problemmeidung neigen (vgl. Lenz A. 2005, 22). Sie ziehen sich zurück, vermeiden eine aktive Auseinandersetzung mit den Problemen und Belastungen, versuchen sich abzulenken, schieben ihre Ängste und Sorgen von sich weg und fliehen gerade in akuten Problemphasen immer wieder in Traum- und Fantasiewelten (vgl. Lenz A. 2008, 49f.). Die Bewältigung hängt maßgeblich davon ab, welche Ressourcen einer Person in stressreichen Lebensumständen zur Verfügung stehen, um konstruktive Aktivitäten und Handlungen in Gang zu setzen (a.a.O., 53).

3.3 Vulnerabilitätsforschung

Die Vulnerabilität stellt den Gegenpol zur Resilienz dar. Sie gibt die Verletzbarkeit des Kindes gegenüber äußeren ungünstigen Einflussfaktoren an (vgl. Lösel/Bender2007, 59). Die Vulnerabilitätsforschung versucht Frühsymptome beziehungsweise Vorläufersymptome psychischer Erkrankungen zu identifizieren, um Ansatzpunkte für präventive Maßnahmen zu finden (a.a.O.). Die meisten Vulnerabilitätsstudien beschäftigen sich mit den Auswirkungen der psychischen Auffälligkeit von Mutter oder Vater auf die frühe Entwicklung des Kindes (vgl. Lenz A. 2008, 24). Eine Annahme der Vulnerabilitätsforschung lautet: „Dass sich die mögliche Gefährdung der psychischen Erkrankung des Kindes unmittelbar aus dem Zusammenleben mit einem kranken Elternteil ableitet und die Störung der Eltern-Kind-Interaktion dabei eine wichtige Vermittlungsfunktion einnehmen“. (Lenz A. 2005, 25) Zahlreiche Studien bestätigen diese Annahme.

Laucht et al. (1992) kommen in Übereinstimmung mit einer Reihe anderer Studien zu dem Ergebnis, dass Kinder psychisch kranker Eltern eine ungünstigere Entwicklungsprognose aufweisen als Kinder gesunder Eltern. Sie konnten empirisch belegen, dass in der kognitiven und sozial-emotionalen Entwicklung von Kleinkindern Defizite auftreten (vgl. Laucht et al. 1992, 279). Kinder mit zwei Jahren, die mit einer psychisch kranken Mutter aufwachsen wiesen Defizite in der sprachlichen Entwicklung und auch im nonverbalen Bereich (allerdings in geringerem Maße) auf (a.a.O.). Aggressivität und Hyperaktivität sowie eine Zunahme expansiver Störungen war ebenfalls wahrnehmbar (a.a.O.). Die Erkrankung des Vaters ging hingegen allein mit der Störung der kognitiven Entwicklung einher. Laucht et al. (1992) wiesen darauf hin, dass die Beziehung zwischen der elterlichen Erkrankung und der

kindlichen Entwicklungsstörung keine einseitige Wirkrichtung hat – nicht nur der psychische Zustand der Mutter beeinflusst die Entwicklung des Kindes, sondern auch die Mutter-Kind Beziehung wirkt sich auf die psychische Gesundheit der Mutter aus (vgl. Laucht et al. 1992). Downey und Coyne (1990) wiesen nach, dass depressive Mütter Unterschiede im Umgang mit ihren Kinder gegenüber gesunden Müttern zeigen. In diesem Zusammenhang spricht man oft über einen „depressiven Interaktionsstil“ (vgl. Downey/Cowynne 1990). Sie zeigen in der Interaktion mit ihren Kindern weniger Interesse und emotionale Beteiligung, sind weniger einfühlsam, sind eher passiv und zeigen ein beschränktes kommunikatives Verhalten. Auch äußern sie den Kindern gegenüber vermehrt negative Gefühle und zeigen häufiger Feindseligkeiten (a.a.O., 51). Depressive Mütter fühlen sich den Ansprüchen der Kindererziehung oft nicht gewachsen, sie erleben sich als wenig kompetente Eltern und beschreiben ihre Kinder auch als schwierig und auffällig (a.a.O., 62).

Die höchste Vulnerabilität für die Entwicklung einer psychischen Störung besteht in der frühen Kindheit und in der Adoleszenz (vgl. Lazarus 2003, 23). Das macht die Bedeutung einer rechtzeitigen, präventiven Intervention deutlich (a.a.O.). Durch präventive Maßnahmen können negative Auswirkungen auf diese Kinder verhindert oder zumindest Risiken gemindert werden (vgl. Remschmidt/Mattejat 1994, 296).

3.4 Kindliche Problemlage

Die Auswirkungen und Verarbeitungsmechanismen sind je nach Lebensphase und Alter der Kinder unterschiedlich (vgl. Pretis/Dimova 2004, 34). Im Kleinkindalter beeinflussen die Belastungen die Konstitution, Gesundheit und Entwicklung der Kinder. Es kann zu motorischen und sensorischen Dysfunktionen, Hyperaktivität sowie einer verringerten kommunikativen Kompetenz kommen (vgl. Deneke 2004, 6). Verarbeitet werden diese Störungen im Kindergartenalter meist durch Internalisierung und Externalisierung [vgl. Pretis 2007, 34]. Bei Vorschulkindern treten häufiger depressive Symptome auf, sie ziehen sich zurück, wirken ängstlich und zerstreut (vgl. Deneke 2004, 6). Während der Schulzeit betreffen die Belastungen die Rollenidentifikation und das Leistungsverhalten der Kinder – es lassen sich Defizite in der Aufmerksamkeit und in den sozialen Kompetenzen ausmachen (a.a.O.). Durch Verhaltensauffälligkeiten und der Suche nach Ersatzeltern wird versucht diese Probleme zu verarbeiten [vgl. Pretis 2007, 34]. In der Adoleszenz wirken die Stressoren auf den Selbstwert und Kontrollüberzeugungen. Pubertierende Jugendliche mit einem psychisch kranken Elternteil leiden häufiger unter kognitiven Störungen

(vgl. Deneke 2004, 6). Peer-Group Aktivitäten und Verhaltensauffälligkeiten werden dann häufig als Bewältigungsstrategien eingesetzt (vgl. Pretis/Dimova 2004, 43). Wenn eine psychische Störung im Kindes- und Jugendalter vorliegt, kann diese mit Hilfe des MAS diagnostiziert werden. Das multiaxiale Klassifikationssystem für psychiatrische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter (MAS) ist in europäischen kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen weit verbreitet. Neben der Betrachtung des klinisch-psychiatrischen Syndroms (1.Achse) ist die Einbeziehung der Entwicklungsdimension (2.Achse), des Intelligenzniveaus (3.Achse), der körperlichen Symptomatik (4. Achse), der psychosozialen Umstände (5. Achse) und der Globalbeurteilung der psychosozialen Anpassung (6.Achse) von aller größter Bedeutung für das Verständnis psychischer Krankheiten im Kindes- und Jugendalter (vgl. Remschmidt 2008, 1563). So steht im MAS, dem multiaxialen Klassifikationsschema für psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter nach ICD-10 auf der fünften Achse eine „psychische Störung eines Elternteils“ als Diagnosekriterium. Dieses Klassifikationsschema bildet die Grundlage für eine multimodale Diagnostik und ermöglicht eine gezielte Therapieplanung [vgl. Bilke 2009, 1]. Nach Remschmidt und Mattejat (1994a) lassen sich die Probleme, mit denen Kinder psychisch kranker Eltern konfrontiert sind, in zwei Gruppen einteilen: Unmittelbare Probleme und Folgeprobleme.

3.4.1 Unmittelbare Probleme

Als unmittelbare Probleme werden nach Remschmidt und Mattejat (1994a) Desorientierung, Schuldgefühle gegenüber dem erkrankten Elternteil, Schamgefühl, Tabuisierung der Erkrankung, soziale Isolierung, Ängste (während einer Krankheitsepisode und vor einem Rückfall) und Probleme auf der Beziehungs- und Bindungsebene zwischen den Kindern und Eltern beschrieben. Auch den Problemen auf der Beziehungsebene der Eltern wie Auseinandersetzungen, Streit und Aggressionen sind die Kinder direkt ausgesetzt (vgl. Remschmidt/Mattejat 1994a, 48). Die Kinder sind verängstigt und verwirrt, weil sie die Probleme der Eltern nicht einordnen und nicht verstehen können. Dadurch entsteht eine gewisse *Desorientierung* (vgl. Mattejat 2005, 72). Viele Kinder entwickeln *Schuldgefühle*, weil sie glauben, dass sie an den psychischen Problemen ihrer Eltern schuld sind wie zum Beispiel: „Mama geht es nicht gut, weil ich böse war oder weil ich mich nicht genug um sie gekümmert habe“ (a.a.O.). Massive Schuldgefühle treten bei Kindern auf, deren Mütter im Wochenbett erstmals erkrankten, denn sie haben das Gefühl, dass ihre eigene Existenz die Mutter krank gemacht hat (vgl. Koch-Stoecker 2006, 57). Zusätzliche Belastungen entstehen durch *Kränkungen* und Abwertungen der Kinder seitens der Eltern außenstehenden Personen

gegenüber. Auch massive *Ängste* während einer Krankheitsepisode (Aggressionen, Drohungen, Suizidandrohungen) und auch Ängste vor einem Rückfall während der gesunden Phasen sind ständige Begleiter der Kinder. Lenz untersuchte in einer Studie 2005 welche Gedanken und Gefühle die Erkrankung der Mutter oder des Vaters bei den Kindern auslösen. Weiters untersuchte er noch, was in den akuten Krankheitsphasen und während eines Klinikaufenthaltes der Eltern in den Kindern vorgeht, welche Überlegungen und Gefühle sie gerade in diesen schwierigen Lebenssituationen bewegen (vgl. Lenz A. 2005, 86ff.). Dominierende Gefühle sind: Die Angst, durch einen Klinikaufenthalt von der Mutter längerfristig getrennt zu werden; Angst, die Mutter ganz zu verlieren; Angst, dass sich die Krankheit verschlimmert; Angst, dass dem kranken Elternteil etwas zustoßen könnte; Angst, dass sich der Elternteil etwas antun könnte und Resignation und Hoffnungslosigkeit durch das wiederholte Erleben akuter Krankheitsphasen (vgl. Lenz A. 2005, 89).

Zu den Ängsten und Sorgen kommt meist noch ein Kommunikationsverbot über die Krankheit hinzu, das zu einer *Tabuisierung* des Themas führt. Die Kinder haben den Eindruck, dass sie über ihre Familienprobleme mit niemandem sprechen dürfen (vgl. Mattejat 2005, 72). Sie haben das Gefühl, ihre Eltern zu „verraten“, wenn sie sich an Personen außerhalb der Familie wenden (a.a.O.). Da psychische Erkrankungen in vielen Familien noch tabuisiert und nicht offen mit den Kindern angesprochen werden, werden diese Kinder nicht selten mit ihren Ängsten und mit der Überforderung durch die Krankheitssymptome der Eltern alleine gelassen (vgl. Schone/Wagenblass 2006, 10). Diese Tabuisierung, die fehlende Aufklärung der Kinder und die soziale Ausstoßung des kranken Elternteils durch das soziale Umfeld führt bei den Kindern oft zu Gefühlen der Isolation (vgl. Sollberger 2002, 122). Diese Isolation hat zur Folge, dass die Kinder in zwei Welten zu leben beginnen: In der Welt der Familie und in der Welt außerhalb (a.a.O., 122f.). Die Isolation der Welt der Familie wird von den Kindern meist auch mit Scham und Schuld besetzt (a.a.O.). Diese Schuldgefühle verfolgen die Kinder meist noch bis ins Erwachsenenalter. Eine Besonderheit bei elterlicher psychischer Erkrankung stellt das Einbeziehen des Kindes in das Krankheitssystem bei Wahn, Angst- und Zwangsstörungen dar (vgl. Deneke/Lüders 2003, 179). Das Kind wird dann nicht mehr in seinen entwicklungsgemäßen Bedürfnissen wahrgenommen, sondern wird gezwungen sich einer „ihm fremden, es einengenden Logik der elterlichen Störung“ unterzuordnen (a.a.O.). Babys reagieren in solchen Konstellationen nicht auf die Inhalte, aber auf die nonverbal mitgeteilten, meist beunruhigenden Affekte (a.a.O.). Jüngere Kinder übernehmen auch die Inhalte der elterlichen Störung (a.a.O.).

Jugendliche sind daher besser in der Lage, sich in einer reflektierenden Weise mit der eigenen Person, mit ihren inneren Sorgen und Nöten, mit dem erkrankten Elternteil und mit den Auswirkungen der Krankheit auf das Familienleben auseinander zu setzen (vgl. Lenz A. 2005, 89). Ihnen stehen die sprachlichen Mittel zur Verfügung ihre Gefühle und Gedanken auch zu äußern. Jugendliche beschäftigten sich zu dem häufig mit der Angst vor einer möglichen eigenen Erkrankung und der Frage, wie groß die Gefahr sein könnte, im späteren Leben ähnliche Probleme zu haben wie der erkrankte Elternteil (a.a.O.). Um sich vor Ängsten und Bedrohungen zu schützen, grenzen sich insbesondere Jugendliche oftmals bewusst vom erkrankten Elternteil ab. Diese Abgrenzungsschritte können sogar zu einer offenen aggressiven Ablehnung führen (vgl. Lenz A. 2005, 89f.). Andere Jugendliche flüchten sich aber mehr nach innen, setzen sich in ihren Gedanken mit der schwierigen Situation auseinander oder fliehen in eine Fantasiewelt (a.a.O., 90). Diese Flucht- und Distanzierungsversuche lösen aber dann wiederum schwere Schuldgefühle dem erkrankten Elternteil gegenüber und Selbstvorwürfe bei den Jugendlichen aus (a.a.O.). Traurigkeit, Verzweiflung und ein tiefes Mitgefühl, das mit Hilflosigkeit und Hoffnungslosigkeit einhergeht, tritt häufig in den Vordergrund (a.a.O.).

3.4.2 Folgeprobleme

Die Kinder sind nicht nur mit den unmittelbaren Problemen konfrontiert, sondern werden noch zusätzlich mit Folgeproblemen, beispielsweise Zusatzbelastungen (Haushaltstätigkeit), Betreuungsdefiziten oder Abwertungserlebnissen konfrontiert. Je nach Intensität der elterlichen Erkrankung kommt es häufig zu *Betreuungsdefiziten*. Die Kinder erhalten demnach zu wenig Aufmerksamkeit und Zuwendung und ihnen fehlt die notwendige elterliche Fürsorge und Anleitung, da die Eltern meist schon mit den eigenen Problemen überfordert sind (vgl. Mattejat 2005, 73). Durch diese Verantwortungsverschiebung kann es zu einer *Parentifizierung* kommen. Das bedeutet, dass sich das Kind für seine Eltern und die für Familie verantwortlich fühlt und übernimmt dadurch teilweise elternhafte Funktionen, mit denen die eigentlichen Eltern selbst aber überfordert sind (vgl. Mattejat 2005, 73). Gerade Jugendliche fühlen sich in solchen Phasen zu Hause meist unentbehrlich und können sich nicht von der Angst befreien, dass ohne ihre Anwesenheit und Hilfe der labile Zustand innerhalb der Familie zusammenbrechen könnte (vgl. Lenz A. 2005, 90). Dadurch fühlen sie sich häufig dazu gedrängt, mehr Verantwortung in der Familie – insbesondere für den erkrankten Elternteil – zu übernehmen. So schlüpft der Jugendliche stärker in die Rolle des

Ersatzpartners und übernimmt die damit verbundenen Aufgaben (a.a.O.). Durch diesen Rollenwechsel entfällt für das heranwachsende Kind eine wichtige elterliche Identifikationsfigur, was die Identitätsentwicklung und Selbstfindung erschwert (vgl. Lenz A. 2005, 90). *Loyalitätskonflikte* den Eltern gegenüber entstehen innerhalb der Familie und nach außen hin. Innerhalb der Familie werden die Kinder in die Konflikte der Eltern mit einbezogen und haben dabei den Eindruck, sich für einen Elternteil entscheiden zu müssen (vgl. Mattejat 2005, 73). Nach außen hin schämen sie sich Freunden und Bekannten gegenüber für ihre Eltern und sind so zwischen Loyalität und Distanzierung hin und her gerissen (a.a.O.). Mögliche Folgen dieser Belastungen können kognitive, soziale oder emotionale Entwicklungsstörungen, Schulprobleme und Verhaltensauffälligkeiten sein (vgl. Remschmidt/Mattejat 1994a).

Es ist allgemein bekannt, dass die sozialen und sozioökonomischen Lebensbedingungen für Familien mit psychisch kranken Eltern in der Regel schlechter sind als für andere Familien (vgl. Lenz A. 2008, 12). So kann zum Beispiel der Tod eines Elternteils zu weiteren Belastungen führen wie *ökonomische Einschränkungen* und einem sozialen Abstieg der Familie (vgl. Mattejat et al. 2000, 165). Durch die ökonomischen Einbußen kann es zu schlechteren Wohnbedingungen kommen. So entsteht eine Instabilität der Lebensverhältnisse (vgl. Deneke 2004, 6). Bei psychischen Erkrankungen führen schwere oder chronische Krankheitsverläufe häufig zu einer langfristigen Trennung der Kinder vom erkrankten Elternteil (vgl. Mattejat et al. 2000, 165). Schwere psychische Erkrankungen begünstigen das Auftreten von Belastungsfaktoren wie eheliche Konflikte, familiäre Disharmonien, Scheidung, Störung der Eltern-Kind-Beziehung, inadäquate soziale Unterstützung und soziale Isolation sowie eingeschränkte objektive Wohnverhältnisse (vgl. Lenz A. 2008, 12). Weiters herrschen oft belastende innerfamiliäre Beziehungen, zum Beispiel mangelnde emotionale Verfügbarkeit des anderen Elternteils, Fehlen eines emotional verfügbar Außenstehenden und mangelnder Familienzusammenhalt (vgl. Deneke 2004, 6).

Betreffend die Elternbeziehung lassen sich oft enge Wechselwirkungen zwischen depressiven Erkrankungen und ehelichen Konflikten beobachten (vgl. Lenz A. 2005, 14). So kommen Untersuchungen übereinstimmend zu dem Ergebnis, dass in Partnerschaften, in denen ein Partner von einer psychischen Erkrankung betroffen ist, häufiger und schwere Konflikte auftreten als in Partnerschaften zwischen gesunden Partnern, und dass die Beziehungszufriedenheit insgesamt als geringer eingeschätzt wird (Downey & Coyne 1990, Jacobsen et al., 1997, zit. n. Lenz A. 2008, 12). Auch die Scheidungsrate ist bei Paaren mit

einem psychisch kranken Partner höher als bei unauffälligen Paaren (vgl. Lenz A. 2008, 12). So leben die Eltern nicht nur getrennt, sondern es gehören darüber hinaus gehäuft Armut, Arbeitslosigkeit und schwierige Wohnverhältnisse in Gebieten mit allgemein schlechterer Freizeitqualität zu den Belastungen, unter denen die Familien leiden (vgl. Lenz A. 2008, 12f.).

4. Interventionsmöglichkeiten

Die empirischen Befunde der Risiko-, Resilienz- und Bewältigungsforschung bieten Ansatzpunkte für die Entwicklung beziehungsweise den Einsatz von wirksamen und effizienten Unterstützungsmaßnahmen für die betroffenen Kinder (vgl. Lenz A. 2008a, 10). Es kann vieles getan werden, um Nachteile für die Kinder zu vermeiden und ihre psychische Stabilität zu stärken (vgl. Mattejat 2005, 75). Im Idealfall können gezielte Maßnahmen wie Präventionsprogramme das Risiko der Kinder selbst psychische Probleme zu bekommen verringern (vgl. Grundelfinger 2005, 120). Anhand der Ergebnisse aus der Resilienzforschung ist die Förderung der familiären Resilienz (das heißt personaler, familiärer und sozialer Schutzfaktoren sowie konstruktiver Bewältigungsstrategien) notwendig, um die Entwicklung von psychischen Störungen bei Kindern psychisch Kranker zu verhindern (vgl. Lenz A. 2008). Genauso wie die Stärkung spezifischer Schutzfaktoren, wie die alters- und entwicklungsadäquate Informationsvermittlung und Aufklärung der Kinder über die Erkrankung und Behandlung des Elternteils, sich als notwendig erwies (vgl. Lenz A. 2009, 14). Lenz (2005) identifizierte so drei zentrale Dimensionen für die Entwicklung gezielter fachlich-professioneller Unterstützungs- und Hilfsangebote für Kinder psychisch Kranker: Die Informationsvermittlung und Aufklärung, Formen der Einbeziehung der Kinder und Jugendlichen in die Behandlung des erkrankten Elternteils und die Möglichkeiten der Förderung und Stärkung sozialer Ressourcen (vgl. Lenz A. 2005, 130). Ein ausreichender Informationsgrad der Kinder über die Erkrankung und Behandlung des erkrankten Elternteils erhöhen die Widerstandsfähigkeit der Kinder gegenüber den Belastungen, die sich aus dem familiären Zusammenleben mit dem kranken Elternteil ergeben (vgl. Lenz A. 2005, 131).

Remschmidt und Mattejat entwickelten (1994) ein Präventionsprogramm für Kinder psychisch kranker Eltern mit dem Ziel, Traumatisierungen und Risiken wie abrupte Trennungserlebnisse, frühkindliche Deprivation zu vermeiden beziehungsweise abzumildern (vgl. Remschmidt/Mattejat 1994, 297). Dieses Präventionsprogramm umfasst vier Komponenten: Zu der allgemeinen Information über die Risiken und

Bewältigungsmöglichkeiten gehört die Aufklärung über die vorhandenen Risikofaktoren und über die Möglichkeiten, die Familien haben, negative Auswirkungen auf die Kinder zu vermeiden oder abzumildern (a.a.O.). Weiters gehören auch Angaben über mögliche professionelle Hilfestellungen zur allgemeinen Information. Die Beratung wird dann durch praktische Hilfen für die Familie im Alltagsgeschehen ergänzt wie die Aktivierung von familiären Ressourcen, Organisation von Kinderbetreuung etc. Die vierte Präventionskomponente umfasst schließlich die gezielte Entwicklungsförderung der Kinder durch Frühdiagnostik, Frühförderung bei Entwicklungsstörungen und bei Bedarf psychotherapeutische Unterstützung für die Kinder (a.a.O., 298).

Basierend auf den Ergebnissen der aktuellen Resilienzforschung wurden noch andere Präventionskonzepte zur Arbeit mit betroffenen Kindern entwickelt. Lägél (2008) erarbeitete ein multifaktorielles Konzept zur präventiven Arbeit mit Kindern psychisch kranker Eltern und ihrer Familien, das mit den Kinder- und Familiensystem arbeitet (vgl. Lägél 2008, 789). Genau wie bei den bereits existierenden Präventionsprojekten (siehe Kap. 4.1) in Deutschland (AURYN, Kipkel, etc.) ist es auch Ziel dieses Konzeptes, die Familien und Kinder so weit zu stabilisieren, dass eine Hilfe von außen nicht oder nur noch eingeschränkt notwendig ist (vgl. Lägél 2008, 790). Ausschlaggebend dafür, dass Präventionsprojekte erfolgreich sein können, ist die Niederschwelligkeit des Angebotes (a.a.O., 793). Als wichtigste individuelle Unterstützung sind Einzelgespräche anzusehen, nicht nur für die Kinder und Jugendlichen, sondern in regelmäßigen Abständen auch mit den Eltern (a.a.O. 794). Zur Verbesserung der innerfamiliären Interaktion und Kommunikation empfiehlt Lägél Familiengespräche/ Familienberatung, genauso wie Paargespräche zur Festigung der elterlichen Paarbeziehung (a.a.O., 795). Krisenintervention, Bindungsarbeit und eine altersgerechte Krankheitsinformation sind weitere Punkte des Präventionskonzeptes sowie Gruppenangebote (Psychoedukation für Eltern, soziales Kompetenztraining, Elterntrainings, pädagogisch begleitete Freizeit) und Vernetzung (a.a.O., 799f.). Wichtig ist für Lägél auch die Bindungsarbeit, denn eine sichere Bindung ist einer der wichtigsten Faktoren der Kinder mit psychischen erkrankten Eltern gesund aufwachsen zu können (a.a.O., 796). Durch eine gezielte Förderung des Bereichs der Interaktion zwischen Eltern und Kind sollen die Eltern (wieder) lernen die Zeichen ihres Kindes zu deuten und angemessen darauf zu reagieren (vgl. Lägél 2008, 789).

Bezüglich der Wünsche und Bedürfnisse der Eltern im Hinblick auf Unterstützung für ihrer Kinder ermittelte Lenz A. (2005) in seiner Studie, dass an erster Stelle der Wunsch der Eltern nach Unterstützung bei der Krankheitsaufklärung der Kinder steht. Weiters nach Unterstützung der Eltern in Fragen der Erziehung, nach Unterstützung der Eltern im emotionalen Umgang mit den Kindern, nach Unterstützung bei der Gestaltung der Eltern-Kind-Beziehung. Psychotherapeutische Unterstützung der Kinder sowie Unterstützung der Familie in Freizeitaktivitäten, Kontaktmöglichkeiten mit Gleichaltrigen und Hilfen bei den Schulaufgaben stehen an sechster, siebenter und achter Stelle (vgl. Lenz A. 2005, 43f.). Bei der Untersuchung des Unterstützungsbedarfs minderjähriger Angehöriger von Schizophrenie-Kranken in der Studie von Krautgartner/Unger/Gössler et al. (2007) wünschten sich rund ein Viertel der Angehörigen von Kranken mit minderjährigen *Geschwistern* professionelle Hilfe bei der Erziehung und Beratung darüber, wie man Minderjährigen das Verhalten des Kranken erklärt (vgl. Krautgartner et al. 2007, 269). Ein Fünftel sah eine finanzielle Unterstützung der Angehörigen, die die minderjährigen Geschwister des Kranken betreuen, als nötig an und nur 13,3% hielten spezielle Angehörigenrunden für die Minderjährigen für erforderlich (a.a.O.). Die Tatsache, dass bei rund einem Viertel der Kranken minderjährige Angehörige vorhanden sind, weist darauf hin, dass es sich um ein Problem handelt, das durchaus versorgungspolitisch relevant ist – auch in Österreich! (a.a.O., 273). So wird es nötig sein, die minderjährigen Angehörigen psychisch Kranker in der Versorgungsplanung ebenso zu berücksichtigen wie dies bereits bei den Erwachsenen diskutiert wird (a.a.O.).

4.1 Modellprojekte in Deutschland

4.1.1 AURYN

In den letzten Jahren sind eine Reihe von Initiativen in Deutschland entstanden, die Kindern und ihren psychisch kranken Eltern Hilfe anbieten. Die Hilfen konzentrieren sich auf Gruppenangebote, die sich zumeist am AURYN Konzept orientieren. Das familienpsychiatrische Modellprojekt entstand 1995 in Freiburg. Das Konzept wurde seither in verschiedene Bundesländer übertragen. Es handelt sich bei AURYN um Präventionsgruppen für Kinder psychisch kranker Eltern in Schulalter (7-16 Jahre). Die Gruppengröße ist mit maximal vier bis sieben Kindern festgelegt. Die Gruppennachmittage finden einmal wöchentlich statt. Die Teilnahme an diesen Gruppen soll die Lebenssituation der Kinder unterstützen und langfristig das Risiko der Entstehung psychischer Störungen reduzieren (vgl. Dierks 2001, 561f.). Grundlage des Konzepts bilden bewältigungsorientierte Studien, die die Resilienz von betroffenen Kindern und Jugendlichen untersuchten

(z.B. Anthony 1987, Shachnow 1987). Die Schwerpunkte der Gruppenarbeit orientieren sich an häufigen Problemen der Kinder, wie Schuldgefühle, überforderte Familienrolle, Parentifizierung etc. Der Fokus der Gruppenarbeit wird auf die individuellen psychischen Bedürfnisse und Schwierigkeiten der Kinder gerichtet. Es wird versucht vorhandene Bewältigungsstrategien der Kinder zu fördern. Vor der Weitergabe von reinen Informationen und edukative Aspekte der Prävention kommt bei AURYN die individuelle Förderung. Aus entwicklungspsychologischer Sicht ist ein Gruppenangebot für Kinder in der Latenz und Frühpubertät günstig, da Kinder die Mitgliedschaft in einer Gruppe Gleichaltriger autonomiefördernd und identitätsstärkend erleben. Ein Teil der Gruppenarbeit richtet sich daher auf das gemeinsame Erleben und „unbeschwerte Spielzeit“ und „Kindsein“ (vgl. Dierks 2001, 562). Ziele der Arbeit mit den Kindern sind: Die Förderung der Selbstreflexion und Selbstwertstärkung, die Enttabuisierung des Themas ‚psychische Erkrankung‘ der Eltern, die Stärkung der emotionalen Wahrnehmung, die Förderung der individuellen Bewältigungsformen, eine kindgerechte Informationsvermittlung zur Erkrankung der Eltern, ein Austausch über die familiäre und persönliche Situation sowie Kontakte mit anderen Kindern in ähnlichen Lebenssituationen zu schaffen. Dies wird beispielsweise versucht in Form von Gesprächskreisen, Interaktionsspielen zur Beziehungsgestaltung, kreativen Angeboten, Rollenspielen oder Wahrnehmungsübungen umzusetzen.

Bei AURYN wird auch mit den Eltern gearbeitet in Form von begleitenden Elterngruppen. Ziele dieser Arbeit sind der Austausch zwischen den Eltern, Bewältigungshilfen in Krisensituationen und die Förderung der Empathie für die kindliche Perspektive der elterlichen Erkrankung. Das Projekt unterhält Kontakte zu Fachpersonen und Institutionen, die mit den betroffenen Familien arbeiten. Es besteht auch eine Kooperation mit der Erwachsenenpsychiatrie. So wird bei AURYN durch die Förderung und Nutzung familiärer und öffentlicher Ressourcen gemeinsam ein auf die Familie zugeschnittenes Hilfsangebot erstellt, das die Belastungen des Familiensystems reduziert und dem Kind eine gesündere Entwicklung ermöglichen soll (vgl. Schlüter-Müller 2009, 3).

4.1.2. KIPKEL

Erste konkrete Ansätze zu einer Verknüpfung der Hilfen für die Kinder mit der Behandlung des erkrankten Elternteils finden sich im Präventionsprojekt KIPKEL. Das Projekt KIPKEL ‚Prävention für Kinder psychisch kranker Eltern‘ wurde 1998 als interinstitutionelles und multidisziplinäres Kooperationsmodell entwickelt. Ausgangspunkt war die Erkenntnis, dass

eine ganzheitliche Wahrnehmung und Unterstützung der betroffenen Familien nur durch eine enge Zusammenarbeit der Erwachsenenpsychiatrie und der Kinder und Jugendhilfe gewährleistet werden kann (vgl. Hipp/Staets 2003, 28). Es besteht eine Zusammenarbeit mit der Rheinischen Klinik Langenfeld, um von der dortigen Aufnahme einer Patientin/eines Patienten mit minderjährigen Kindern zu erfahren. So kann bereits während der stationären Therapie das Projekt angeboten werden und die Beziehungsarbeit beginnen. Die Klinik ermöglicht einer Kindertherapeutin von KIPKEL auf der Station regelmäßig im Rahmen einer offenen Sprechstunde mit infrage kommenden PatientInnen Kontakt aufzunehmen. Dieses persönliche aber noch unverbindliche Gespräch trägt dazu bei, Schwellenängste abzubauen (vgl. Hipp/Staets 2003, 29). Wenn der Kontakt zu den Eltern besteht, wird in einer ersten Diagnostik abgeklärt, ob das bestehende Angebot für das Kind ausreichend ist oder ob bereits eine intensivere, psychotherapeutische Arbeit erforderlich ist. Bei KIPKEL besteht die Möglichkeit einer Einzelbetreuung des Kindes. In einem anschließenden Familiengespräch erhält das Kind vom behandelnden Arzt/Ärztin des kranken Elternteils Informationen über die Erkrankung. In der letzten Phase der Betreuung benennt das Kind eine Vertrauensperson aus dem Umfeld der Familie, an die es sich in Krisensituationen wenden kann. Nach intensiver mehrmonatiger Betreuung im Präventionsprojekt wird die Möglichkeit einer offenen Sprechstunde angeboten, die die Kinder jederzeit aufsuchen können, auch nach Beendigung der Betreuung. Weiters werden von KIPKEL auch Gesprächsgruppen für psychisch kranke Mütter und für die gesunden PartnerInnen angeboten.

In Österreich gab es ein vergleichbares Projekt, das von Herrn Dr. Peter Stöger geleitet wurde. Das Projekt trug den Titel: „Präventive Betreuung Kinder psychisch kranker Eltern“ (vgl. Stöger 1999, 26). Das Projekt wurde unter der Leitung von Herrn Dr. Peter Stöger, dem damaligen Vertreter der Abteilung für Akutpsychiatrie im Landesnervenklinikum Donauklinikum, (vormals Maria Gugging) geleitet. Das Projekt wurde 1992 mit dem PSD Baden und dem heilpädagogischen Zentrum Hinterbrühl gegründet und lief für sechs Jahre. Es wurde ein Betreuungsangebot installiert, das die Kinder der KlientInnen des PSD Baden, Stockerau und Schwechat betreute. Dieses Betreuungsangebot konzentrierte sich auf eine altersadäquate Information über die Krankheit, die Auswirkungen der Krankheit auf die Familie und im Besonderen auf die Position des Kindes. Dieses Angebot stand grundsätzlich jedem Klienten des Psychosozialen Diensts zur Verfügung (vgl. Stöger 1999, 27). Der Erstkontakt mit einer Therapeutin ist in Form einer Familiensitzung, an der - wenn möglich - die ganze Familie teilnehmen sollte (a.a.O.). An diese Familiensitzung knüpften zirka fünf

Einzel Sitzungen mit jedem Kind an. Den Abschluss bildete dann wieder eine Familiensitzung, in der das Erarbeitete zusammengefasst und die Familie motiviert wurde, sich weiter bewusst mit der Situation auseinander zu setzen und vor allem immer wieder die Position des Kindes mit zu bedenken (vgl. Stöger 1999, 27). Therapeutische Aufgaben im engeren Sinn wurden jedoch nicht übernommen (a.a.O., 28). Im Zuge dieses Projektes wurde die Wichtigkeit einer Prävention gerade für diese Risikogruppe deutlich [vgl. Koska 1999,1]. Das Projekt wurde aber aufgrund fehlender finanzieller Ressourcen und einer Umorientierung der MitarbeiterInnen des Projektes aufgelöst.

4.1.3 Stationär-psychiatrische Behandlungen von Müttern mit ihren Kindern

Aus bindungstheoretischer Sicht (vgl. Kap. 2.1) ist der kontinuierliche Kontakt zwischen Müttern und Säugling für eine normale Entwicklung sehr bedeutsam. In Deutschland gibt es seit Anfang der 80er Jahre einzelne Behandlungsangebote für psychisch kranke Mütter mit ihren Kindern. In der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Zentrums für Soziale Psychiatrie in Heppenheim steht bei der Mutter-Kind-Behandlung die Förderung der Sicherheit der Mutter im Umgang mit ihrem Kind im Mittelpunkt (vgl. Hartmann 2001, 538). Die Unterbringung von Mutter und Kind erfolgt in einer Einrichtung auf den alltagspsychiatrischen Stationen sowie auf zwei Drogenentzugs-Stationen jeweils in Einzelzimmern. Im Allgemeinen werden nicht mehr als zwei Mütter mit Kind pro Station aufgenommen, weil die dadurch entstehende Mehrarbeit für das Personal nicht tragbar wäre. Da die Mutter-Kind Behandlungen von der Krankenkasse nicht übernommen werden, sind sie abhängig von der Bereitschaft des Pflegepersonals und den ÄrztInnen anfallende Mehrarbeit zu leisten! Aus diesen Gründen müssen die Eltern auch Nahrungsmittel und Pflegemittel mitbringen (vgl. Hartmann 2001, 538). Für Neugeborene werden häufig in den ersten Wochen Hebammen bestellt, die von den Kassen gezahlt werden. Durch die Anwesenheit einer Hebamme wird nicht nur der Mutter Sicherheit im Umgang mit dem Kind vermittelt, sondern auch dem Pflegepersonal. Zu dem multiprofessionellen Team, bestehend aus PsychologInnen, ÄrztInnen, Krankenschwestern und Krankenpflegern, Kinderkrankenschwestern und SozialarbeiterInnen gehören außerdem eine Kunsttherapeutin und eine Tanztherapeutin. Zu Beginn der Behandlung findet ein Vorgespräch statt, in dem ein Eindruck vom Behandlungsteam und der Station gewonnen werden kann. Die Dauer des Aufenthalts wird dann individuell abgesprochen und ergibt sich aus dem Therapieverlauf. Teile des individuellen Therapieplans sind tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, Gruppen-, Einzel-, Paar- und Familiengespräche, medizinische Therapie, Spieltherapie, Babymassage

und Beratung in sozialen Fragen. Zentraler Bestandteil des Konzeptes sind die therapeutischen Gespräche, die gemeinsam mit Mutter und Kind stattfinden (vgl. Hartmann 2001, 538).

Auch in der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie im Krankenhaus Neukölln in Berlin werden seit 1995 Mutter-Kind Behandlungen (MKB) auf mehreren allgemeinpsychiatrischen Stationen und der Kriseninterventionsstation durchgeführt. Die erkrankte Mutter ist die Patientin, das Baby gilt als eine „die Gesundheit fördernde Begleitperson“ und nimmt somit kassentechnisch keine Leistungen des Krankenhauses in Anspruch (vgl. Kempf et al. 2001, 124). Voraussetzung für die gemeinsamen Behandlungen sind, dass die Mutter an einer stationär behandlungsbedürftigen psychischen Erkrankung leidet und sie selbst für eine gemeinsame Behandlung motiviert ist. Außerdem sollte sie zumindest basale Fähigkeiten besitzen, um an der Versorgung des Kindes teilzunehmen zu können. Neben der therapeutischen Arbeit mit den PatientInnen und ihren Kindern ist die Einbeziehung der Partner, weiterer Familienmitglieder, von Helfersystemen und Behörden ein zentraler Arbeitsschwerpunkt. Die Behandlung ist insgesamt darauf ausgerichtet, die PatientInnen zu Beginn eher in der Versorgung des Kindes zu unterstützen beziehungsweise zu entlasten, um dann im Laufe der Zeit die Mutter zunehmend eigenverantwortlich für ihr Kind sorgen zu lassen. Die selbstständige Versorgung des Babys hat die höchste therapeutische Priorität (vgl. Kempf et al. 2001 124). Die Arbeit erfolgt in enger Zusammenarbeit mit dem Jugendamt. Das Jugendamt wird angehalten, sich fortlaufend einen eigenen Eindruck über Mutter und Kind zu verschaffen, um gemeinsam mit dem Behandlungsteam und mit der Mutter zu überlegen, welche Hilfestellungen die Patientin auch weiterhin benötigt, die auch das Sicherheitsbedürfnis des Jugendamtes und des Behandlungsteams erfüllen.

Die immer wieder geäußerten Bedenken, dass von anderen PatientInnen eine unkalkulierbare Gefahr für das Kind ausgehen könnte, haben sich nicht bestätigt (vgl. Kempf et al. 2001, 127). Allerdings sind nach Kempf bestimmte Grundvoraussetzungen zu erfüllen: Ein Einzelzimmer mit entsprechender Ausstattung, eine fest etablierte Bezugspflege, möglichst eine Entbindungs- und Kinderabteilung am Haus.

5. Empirische Untersuchung

5.1 Qualitative Sozialforschung

Um zu Erkenntnissen in der empirischen Forschung zu gelangen, gibt es zwei unterschiedliche Methoden: Die quantitativen und die qualitativen Methoden. Mit dem Begriff qualitative Sozialforschung werden verschiedene Ansätze der Forschung zusammengefasst, die sich in ihren theoretischen Annahmen, in ihrem Gegenstandsverständnis und methodischen Fokus unterscheiden (vgl. Flick 2006, 33). Für diese Arbeit wurde ein qualitatives Vorgehen gewählt, da qualitatives Denken direkt an den praktischen Problemstellungen eines Gegenstandsbereiches ansetzt und seine Ergebnisse wieder auf die Praxis bezieht (vgl. Mayring 2002, 34f.). Die Fragestellung dieser Arbeit - „Wie sieht die derzeitige Situation für minderjährige Kinder von Eltern mit einer psychischen Erkrankung bezüglich Hilfs- und Unterstützungsangeboten in Österreich – im besonderen in Wien als Landeshauptstadt - aus?“ - soll konkrete Auskünfte über die aktuelle Situation bezüglich bestehender beziehungsweise fehlender Hilfs- und Unterstützungsangeboten für Kinder psychisch kranker Eltern in Österreich liefern. Die Forschungsfrage wird durch zwei Subfragen ergänzt:

1. Gibt es in Österreich/in Wien Institutionen, die sich gezielt mit der Zielgruppe ‚Kinder psychisch kranker Eltern‘ befassen? Wie sehen diese aus?
2. Einstellungen der Eltern gegenüber Hilfs- und Unterstützungsangeboten. Welche Wünsche und Bedürfnisse bestehen seitens der erkrankten Eltern?

Durch die erste Subfrage wurden die Rahmenbedingungen und Strukturen (Zielgruppen, Themenschwerpunkte, Interventionsmöglichkeiten, Methodik und Ziele der Arbeit, Kooperation mit anderen Einrichtungen etc.) der jeweiligen Institutionen ermittelt. Die zweite Subfrage gibt Auskünfte über die Lebenssituation der betroffenen Familien (Erkrankung, Partnerschaft, Informationsgrad des Kindes etc.) und über die Inanspruchnahme beziehungsweise Nicht-Inanspruchnahme von etwaigen Hilfs- und Unterstützungsangeboten. Weiters werden die Wünsche und Bedürfnisse der Eltern untersucht.

So hängt von der Forschungsfrage auch ab, welche Methoden angemessen sind, wer (welche Personen, Gruppen oder Institutionen) oder was (welche Prozesse, Handlungsweisen, Lebensstile etc.) in die Untersuchung einbezogen werden sollten (vgl. Flick 2006, 84). In diesem konkreten Fall werden ExpertInnen, die in Institutionen tätig sind und sich mit

Kindern in Krisensituationen befassen, zu deren subjektiven Meinungen und Einstellungen bezüglich des bestehenden Hilfs- und Unterstützungsangebotes für die Zielgruppe ‚Kinder psychisch kranker Eltern‘ befragt sowie auch die betroffenen Eltern als InanspruchnehmerInnen solcher Hilfs- und Unterstützungsangebote. Es werden vor allem die subjektiven Meinungen der ExpertInnen und Eltern in den Vordergrund gestellt und etwaige statistische Daten werden zwar nicht außer Acht gelassen, aber treten dennoch in den Hintergrund. Entscheidend ist, dass der zu untersuchende Ausschnitt und die Fragestellung in einer Weise festgelegt sind, dass sie mit den zur Verfügung stehenden Mitteln beantwortet werden können und dass sich aus ihnen ein in sich stimmiges Forschungsdesign ableiten lässt (vgl. Flick 2006, 80).

5.2 Qualitative Datenerhebung

Der erste Schritt dieser Arbeit ist eine Erhebung der bestehenden Einrichtungen und Projekte in Österreich, die sich gezielt mit Kindern psychisch kranker Eltern befassen. Diese Einrichtungen und Projekte werden auf ihre Strukturen und Rahmenbedingungen (vgl. 1. Subfrage) mittels persönlich geführter Interviews untersucht. In einem zweiten Erhebungsschritt erfolgen Interviews mit ExpertInnen einerseits und betroffenen Eltern andererseits. Erhebungsverfahren – wie Interviews oder Beobachtungen – produzieren Daten, die durch Aufzeichnung und Transkription in Texte überführt werden, an denen Interpretationsverfahren ansetzen (vgl. Flick 2006, 27). So kann der qualitative Forschungsprozess als Weg von der Theorie zum Text und als Weg vom Text zur Theorie skizziert werden (vgl. Flick 2006, 27). Im Fall dieser Forschungsarbeit kommen zwei unterschiedliche Arten von Interviews zum Einsatz: Einerseits wird das ExpertInneninterview zur Gesprächsführung mit Fachleuten und andererseits das problemzentrierte Interview zur Gesprächsführung mit den erkrankten Eltern beziehungsweise deren PartnerInnen angewandt. Die Befragung erfolgt mittels Leitfadeninterviews. Das Leitfadeninterview ist die gängigste Form qualitativer Befragungen (Bortz/Döring 2006, 314). Durch den Leitfaden und die darin angesprochenen Themen erhält man ein Gerüst für Datenerhebungen und Datenanalyse, das Ergebnisse unterschiedlicher Interviews vergleichbar macht (vgl. Bortz/Döring 2006, 314). Bei der Interviewführung werden einerseits das *ExpertInneninterview* für die Gespräche mit den Fachleuten und andererseits *das problemzentrierte Interview nach Witzel* für die Gespräche mit den Eltern angewandt. Nach Meuser und Nagel (2005) ist eine ExpertIn diejenige, die selbst Teil des Handlungsfeldes ist, das den Forschungsgegenstand ausmacht (vgl. Meuser/Nagel 2005, 73). So werden die Interviews mit Fachleuten geführt, die in

ausgewählten Institutionen tätig sind, die sich mit Kinder psychisch kranker Eltern beziehungsweise mit Kindern in Krisensituationen beschäftigen. Fachleute wie ÄrztInnen, PädagogInnen, TherapeutInnen oder SozialarbeiterInnen, die mit Kindern in Krisensituationen oder psychischen Notsituationen arbeiten, können in diesem Fall als ExpertInnen dieser Forschungsarbeit angesehen werden. In einem Kurzfragebogen zu Beginn des Interviews werden die Eckdaten der jeweiligen Institution und der Befragten erhoben, um dann den Gesprächsverlauf während des Interviews zu entlasten. Die Interviews sind teilstandardisierte, leitfadenorientierte Interviews. Bei dieser Art von Interviews kann die Befragte/der Befragte möglichst frei zu Wort kommen, um einem offenen Gespräch nahe zu kommen (vgl. Mayring 2002, 67). Die Interviewten sollten dennoch mittels eines Interviewleitfadens immer wieder auf bestimmte Fragestellungen gelenkt werden, offen und ohne Antwortvorgaben antworten (a.a.O., 69).

Für die Interviews mit den erkrankten Eltern beziehungsweise deren PartnerInnen wird das problemzentrierte Interview nach Witzel angewandt. Es handelt sich dabei um eine offene, halbstrukturierte Form der Befragung. Der Interviewleitfaden dieser Forschungsarbeit wird sich an den Hauptaspekten von bestehenden Hilfs- und Unterstützungsangeboten für betroffene Kinder und der Zufriedenheit (beziehungsweise Unzufriedenheit) der erkrankten Eltern mit diesen orientieren. Ziel wird es sein herauszufinden, welche Hilfs- und Unterstützungsangebote von den erkrankten Eltern und Angehörigen in Anspruch genommen wurden oder noch gewünscht werden und auch noch zusätzlich gebraucht werden. Neben der Zufriedenheit mit bestehenden Hilfs- und Unterstützungsangeboten sollen auch Hinderungsfaktoren aufgezeigt werden, die eine Inanspruchnahme bereits bestehender Angebote verhindern können. Vor dem Interview wird auch hier ein Kurzfragebogen erhoben werden, um die Anzahl der Fragen zu reduzieren und Zeit einzusparen (vgl. Flick 2006, 137). Dieser dient zur Erhebung von demographischen Daten wie Familienstand, Erkrankung, Anzahl und Alter der Kinder etc.

5.3. Auswertung der Daten

Nach der Erhebung der Daten mittels der Interviews werden diese durch die *qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring* ausgewertet, um bestimmte Aspekte bestimmte Strukturen aus dem gewonnenen Material herauszufiltern (vgl. Mayring 2002, 118). In dieser Arbeit werden 11 ExpertInneninterviews und 7 Interviews mit betroffenen Eltern zur Analyse herangezogen. Die Interviews werden mittels Transkription in Textformat gebracht. Die Transkripte ergeben pro Interview durchschnittlich 12 Seiten DIN-A4 Format. Zur Auswertung der Daten wird das

Computerprogramm MAXQDA 2007 verwendet. Dieses erleichtert das thematische Kodieren, das heißt die Zuordnung von Aussagen zu den jeweiligen Kategorien. Das Categoriesystem stellt den zentralen Punkt bei einer qualitativen Inhaltsanalyse dar (vgl. Mayring 2003, 43). Durch dieses Categoriesystem wird die Nachvollziehbarkeit der Analyse für andere durch die Vergleichbarkeit der Ergebnisse gesichert (a.a.O., 43 f.).

Die Darstellung erfolgt in drei Schritten: In einem ersten Schritt wird jeder Einzelfall (jedes Interview) kurz beschrieben und dargestellt. Diese Falldarstellung beinhaltet eine kurze Personendarstellung und die für die Arbeit prägnante Aussagen. In einem zweiten Schritt werden dann die Aussagen aller Befragten zu jeweils einer Kategorie zusammengefasst, um Übereinstimmungen und Divergenzen ausmachen zu können. In einer abschließenden Diskussion der Ergebnisse - einem dritten Schritt - sollen der Bezug zum theoretischen Rahmen der Arbeit sowie zur Forschungsfrage hergestellt werden. Schließlich werden die Ergebnisse in Richtung der Hauptforschungsfragestellung interpretiert.

Für jede Kategorie werden inhaltliche Kriterien definiert (Kodierschema), anhand derer die Textpassagen zugeordnet werden können. Die Kategorien werden in einem Wechselverhältnis zwischen Theorie und dem konkreten Material entwickelt (deduktive Kategorienbildung), während der Analyse überarbeitet, rück-überprüft und gegebenenfalls modifiziert (induktive Kategorienbildung) (vgl. Mayring 2003, 53). Die Kategorien werden ausgehend von der Fragestellung und den Interviewleitfäden gebildet.

Kat.	Definition der Kategorie	Kodierregeln		Ankerbeispiel
K1	Hilfs- und Unterstützungsangebote für Kinder psychisch kranker Eltern	Alle Aussagen, die sich mit Angeboten, Möglichkeiten und Interventionen für die Zielgruppe „Kinder psychisch kranker Eltern“ befassen, die in der jeweiligen Einrichtungen angeboten werden in der die ExpertInnen beschäftigt sind	deduktiv	Vavrik: „Das haben wir jetzt nicht als Anlaufstelle oder so, aber das ist natürlich schon ein Begleitthema immer wieder.“ Baubin: „Ich hab ein Stück weit Aufklärung und Information angeboten, über das was da zu Hause abläuft.“
	Def. der Subkategorie	Kodierregeln		Ankerbeispiel
K1.1	Weiterempfehlung und Zusammenarbeit mit anderen Institutionen	Alle Aussagen, die sich mit Weiterempfehlungen der ExpertInnen an andere Institutionen befassen und deren Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen betreffen.	induktiv	Koska: „Wenn man etwas stationär braucht, dann arbeiten wir ganz viel mit dem AKH zusammen, einfach von der Entfernung und der Frau Dr. Bogyi her.“

	Definition der Kategorie	Kodierregeln		Ankerbeispiel
K2	Psychosoziale Versorgungslage für Kinder psychisch kranker Eltern in Österreich	Alle Aussagen, die Angaben zur Situation der derzeitigen psychologischen, beratenden, therapeutischen und pädagogischen Versorgungsstruktur und –lage (Angebot, Nachfrage, Bedarf, Möglichkeiten) machen.	deduktiv, nachträglich genauer definiert durch <i>psychosozial</i>	Dantendorfer: „Das Angebot in Wien ist durchaus breit gefächert.“ Doppel: „Na ja, es gibt ja in Wien kaum Ressourcen und unter den Fachleuten ganz, ganz wenige, die sich in dem Bereich wirklich auskennen.“
	Definition der Kategorie	Kodierregeln		Ankerbeispiel
K3	Bewusstsein der Fachöffentlichkeit für die Problematik „Kinder psychisch kranker Eltern“	Alle Aussagen, die etwas über das bestehende Bewusstsein der Fachöffentlichkeit bezüglich der Problematik von „Kinder psychisch kranker Eltern“ aussagen	deduktiv	Wrobel: „Grundsätzlich glaube ich schon, dass man es weiß. Aber es ist niemand wirklich geschult: Wie gehe ich damit um?“
	Definition der Kategorie	Kodierregeln		Ankerbeispiel
K4	Defizite in der psychosozialen Versorgungsstruktur und –lage für Kinder psychisch kranker Eltern in Österreich	Alle Aussagen, die auf etwaige Defizite in der psychosozialen Versorgungsstruktur und –lage schließen lassen (Flächendeckung, Spezialisierung, Vernetzung, interdisziplinäre Zusammenarbeit, Angebote, Versorgungsplätze)	deduktiv	Bogyi: „Wir haben eindeutig zu wenig stationäre Plätze und daher haben wir immer eine Warteliste.“ Vavrik: Es gibt mittlerweile einen Kontrollamtsbericht, der vorsichtig aber eindeutig geschrieben ist und besagt, dass es schlicht und einfach mangelt!“
	Definition der Kategorie	Kodierregeln		Ankerbeispiel
K4.1	Bedarf an Hilfe und Unterstützung für betroffene Kinder und deren Familien nach Meinung der ExpertInnen	Alle Aussagen, die sich auf die persönlichen Meinungen der ExpertInnen stützen, was deren Meinung nach noch notwendig wäre, um betroffenen Kindern und Familien effektiv helfen zu können (Bedarf).	deduktiv	Baubin: „Mehr Menschen finden, die sagen: Ich trete hierfür ein und bin jetzt die Ansprechperson hier in dieser Beratungsstelle.“
	Definition der Kategorie	Kodierregeln		Ankerbeispiel
K5	Lebenssituation der Familie	Biographische Daten, Lebensumstände, alle Aussagen zur Erkrankung,	deduktiv	Herr O.: „Depressionen und Angst, das ist mein Thema.“
	Def. der Subkategorie	Kodierregeln		Ankerbeispiel
K5.1	krankheitsbedingte Einschränkungen im Bereich der Kindererziehung, -versorgung	Alle Aussagen, die in Zusammenhang mit krankheitsbedingte Einschränkungen im Bereich der Kindererziehung, -versorgung stehen.	deduktiv	Frau E.: „Und ich habe keine Kraft gehabt mit den Kindern hinaus zu gehen.“
	Def. der Subkategorie	Kodierregeln		Ankerbeispiel
K5.2	Ängste, Sorgen und Gedanken der Eltern bezüglich ihrer Kinder	Alle Aussagen, in denen Ängste, Sorgen und Gedanken bezüglich der emotionalen, kognitiven und/oder sozialen Entwicklung ihrer Kinder oder der Beziehung zwischen ihnen und ihren Kindern geäußert wurden.	deduktiv, erweitert um Beziehungs-ängste	Frau A.: „Meine eigene Kompetenz als Mutter zweifle ich schon sehr oft an.“ Frau D.: „Ich wollte nicht, dass sie irgendetwas mitkriegt.“

	Def. der Subkategorie	Kodierregeln		Ankerbeispiel
K5.3	Reaktionen der Kinder	Alle Aussagen, in denen sich die Eltern zu Reaktionen (kurzfristige und langfristige) der Kinder auf die Erkrankung bzw. das Verhalten des erkrankten Elternteils äußern.	induktiv	Frau D.: „Ihre Reaktion war die Neurodermitis.“ Frau H.: „ Sie hat ihre Diplomarbeit über Borderline geschrieben.“
	Definition der Kategorie	Kodierregeln		Ankerbeispiel
K6	In Anspruch genommene Hilfen durch die Eltern	Betrifft alle Einrichtungen/Institutionen und familiäre Ressourcen, die von den Familien bisher als Hilfen und Unterstützung in Anspruch genommen wurden.	deduktiv, erweitert um familiäre Ressourcen	Frau A.: „Ja, mein Mann und meine Eltern unterstützen mich sehr.“
	Def. der Subkategorie	Kodierregeln		Ankerbeispiel
K6.1	Hindernisgründe für die Inanspruchnahme von Hilfs- und Unterstützungsangeboten	Alle Aussagen, die sich auf etwaige Hindernisgründe (Ängste, Bedenken, Erfahrungen) für eine Inanspruchnahme von Hilfs- und Unterstützungsangeboten beziehen.	deduktiv	Frau E.: „Und von Seiten des Jugendamtes hab ich mir keine Unterstützung geholt, weil ich Angst gehabt habe, die nehmen mir die Kinder weg.“
	Definition der Kategorie:	Kodierregeln:		Ankerbeispiel
K7	Informationsgrad der Kinder bezüglich der elterlichen Erkrankung	Alle Aussagen, über das Wissen der Kinder über die elterliche Erkrankung bzw. ob Aufklärung/Information stattgefunden hat und die elterliche Einschätzung der (bewussten) Wahrnehmung ihrer Kinder der Erkrankung	deduktiv, erweitert um die bewusste Wahrnehmung der Kinder	Herr E.: „Ja, ja der hat das schon mitbekommen.“ Frau A.: „Ich geh damit eigentlich ganz offen um, weil sie es ja sowieso mitkriegen. Also ich versuch ihnen das halt zu erklären soweit es geht.“
	Definition der Kategorie:	Kodierregeln:		Ankerbeispiel
K8	Bedarf der Eltern: Welche Hilfen werden gewünscht und wären in bestimmten Situationen benötigt worden?	Alles Aussagen, in denen die Eltern ihren Bedarf an Hilfe und Unterstützung (psychozial, praktisch-alltägliche etc.) äußern bzw. welche Hilfe hätten sie damals benötigt und in welchen bestimmten Situationen und was brauchen sie heute noch.	deduktiv, nachträglich: in welchen bestimmten Situationen ergänzt	Frau A.: „Ja es wäre wirklich hilfreich jemanden zum Reden zu haben, wie in einer Selbsthilfegruppe. Das wäre unterstützend.“ Frau R.: „Damals hab ich niemanden gehabt, der auf A. aufpassen konnte, das wäre gut gewesen.“
	Definition der Kategorie:	Kodierregeln:		Ankerbeispiel
K9	Akzeptanz von Angeboten	Alle Aussagen, die sich auf die Akzeptanz eines eventuell angebotenen zielgruppenspezifischen Angebotes richten.	deduktiv	Herr E.: „Nein, das kann ich schon alleine.“

Nach der abschließenden Interpretation der Ergebnisse der Analyse erfolgt noch die Darstellung der Relevanz der Ergebnisse für die Pädagogik. Weiteres wird auch versucht, anhand der erhaltenen Ergebnisse, mögliche Handlungsfelder in Bezug auf ‚Kinder psychisch kranker Eltern‘ für die pädagogische Praxis auszumachen.

6. Zielgruppenspezifische Angebote in Österreich

In diesem Teil der Arbeit werden die in der empirischen Untersuchung erhobenen Einrichtungen und Projekte, die sich in Österreich mit der Zielgruppe Kinder psychisch kranker Eltern befassen, näher beschrieben. In Ländern wie Deutschland, der Schweiz oder dem englischsprachigen Raum gibt es deutlich mehr Forschungstätigkeit und auch mehr praktische Umsetzungen zu dieser Thematik als in Österreich. Hier wurden Kinder und Jugendliche, deren Eltern an einer psychischen Erkrankung leiden, bisher weder in der Psychiatrie noch in der wissenschaftlichen Forschung besonders beachtet. Es gibt in Österreich einige zielgruppenspezifische Angebote, wobei man jedoch nicht von einer bedarfsdeckenden Versorgung (siehe Kap. 7) sprechen kann. Das Präventionsprojekt „JOJO – Kindheit im Schatten“ bietet Hilfe und Unterstützung für betroffene Kinder in Salzburg an. In Graz befasst sich die Initiative „S.I.N.N. – Sozial innovatives Netz“ mit der Problematik. Ein Niederösterreichisches Projekt ist die ‚Familienberatungsstelle ANANAS – Verein zur Förderung der Erziehungskompetenz‘, die Familienintensivbetreuung für Familien anbietet, in denen ein oder beide Elternteile psychisch krank sind und das Projekt „Kiesel“ in Vorarlberg ist ein Angebot für Kinder und Eltern mit seelischem Leiden. Weiters besteht die Möglichkeit einer stationären Mutter-Kind Behandlung auf der sozialpsychiatrischen Abteilung Waidhofen an der Thaya, der Landesklinik Niederösterreich. Diese Angebote befassen sich, im Gegensatz zu allgemein bestehenden Hilfs- und Unterstützungsangeboten für Kinder und Jugendliche in Österreich, gezielt mit der Problematik der Risikogruppe ‚Kinder psychisch kranker Eltern‘.

6.1 Zielgruppenspezifische Angebote in den Bundesländern

6.1.1 Präventionsprojekt „JOJO – Kindheit im Schatten“ in Salzburg

In der Stadt Salzburg bieten PsychologInnen und PädagogInnen Einzelsettings und Kindergruppen für Kinder psychisch kranker Eltern an (vgl. AhA! 2009, 1). Nach der Kontaktaufnahme wird im Rahmen eines Erstgesprächs mit Kindern und Eltern eine anamnestiche Erhebung durchgeführt, das Projekt vorgestellt sowie eine Checkliste zur Risikoeinschätzung (nach Lisofsky 2001) bearbeitet. Je nach Bedarf treffen sich dann die Kinder und Jugendlichen ein Mal pro Woche in Kleingruppen oder in einer Einzelsitzung mit der JOJO Psychologin. Dabei werden spezifische Themen rund um die elterliche Erkrankung dem Alter entsprechend kreativ-gestalterisch und spielerisch erarbeitet (vgl. AhA, Broschüre o.J.). In themenzentrierten Kindergruppen werden betroffene Kinder und Jugendliche zwischen 6 und 16 Jahren psychologisch begleitet und bei Bedarf werden

weiterführende Unterstützungsmöglichkeiten vermittelt [vgl. Homepage AhA 2009a., 2]. Die Kindergruppen bestehen aus maximal sechs und mindestens vier TeilnehmerInnen. Neben der Möglichkeit sich mit den anderen Kindern auszutauschen und zu spielen, stehen bei jedem Treffen spezifische Themen im Mittelpunkt, die mit den Kindern in kindgerechter Form erarbeitet werden (zum Beispiel Gefühle, Familie und Familienrolle, Werte, Grenzen, psychische Krankheiten, Schuld und Scham, Konfliktlösungsstrategien etc.). Weiters wird in der Gruppenarbeit ein Krisenplan erstellt, damit die Kinder wissen wohin sie sich nach der Präventionsmaßnahme wenden können, wenn sie Hilfe und Unterstützung benötigen [vgl. AhA 2009a., 3]. Parallel zu den Kindergruppen gibt es für die Eltern die Möglichkeit an einem so genannten Elterstraining teilzunehmen [vgl. AhA 2009a., 3]. Die Themen Familie, Familienrollen und Wege der Krankheitsbewältigung in Hinblick auf die Elternrolle stehen ebenso im Mittelpunkt wie die Verbindung der theoretischen Inhalte mit den praktischen Erfahrungen der Eltern [a.a.O.]. Ziele des Elterstrainings sind einerseits Empowerment der Eltern in ihrer Erziehungsfähigkeit und andererseits eine Entlastung der Eltern von Schuldgefühlen und Versagensängsten. Durch einen Erfahrungsaustausch zwischen den Eltern, in Bezug auf den Umgang mit ihren Kindern, wird versucht eine Verbesserung der Kommunikationsstruktur in der Familie sowie ein besseres Verstehen für die Lebenssituation der Kinder zu schaffen. Auch für die Eltern wird ein Krisenplan erstellt [a.a.O.].

In den meisten Fällen erfolgte die Zuweisung durch den Verein AhA!, der bei seiner Tätigkeit durch andere Familienmitglieder auf die Kinder aufmerksam gemacht wurde (vgl. AhA! 2009, 2). Inzwischen erfolgt die Vermittlung aber auch durch andere Organisationen über eine Kontaktaufnahme durch PsychologInnen, SozialarbeiterInnen, KindergärtnerInnen, ErgotherapeutInnen oder LehrerInnen (vgl. AhA! 2009, 2). Das Angebot ist kostenlos. Die Arbeit von JOJO wird vom Land Salzburg, der Stadt Salzburg, GKK, BMf. Familie und auch über Spenden finanziert.

6.1.2. Initiative „S.I.N.N. – Sozial innovatives Netz“ in Graz

S.I.N.N. ist ein privates Gewerbeunternehmen in Graz, das von Frau Dr. Aleksandra Dimova - Fachärztin für Psychiatrie, Coach, Projektmanagerin und Herrn Dr. Manfred Pretis Unternehmensberater, Klinischer Psychologe und Heilpädagoge geleitet wird [vgl. Homepage S.I.N.N. 2009, 2]. Unter dem Motto „Besser früher fördern als später behandeln“ bietet S.I.N.N. nach einer medizinisch-fachärztlichen und psychologisch-heilpädagogischen Abklärung bestehender Schutz- und Belastungsfaktoren von Kindern, die psychisch kranke Eltern haben, ein Erarbeiten von Förderplänen und

Unterstützungsangeboten für die betroffenen Kinder an [vgl. Dimova/Pretis 2009, Folder S.I.N.N.]. In enger Kooperation mit den Jugendämtern in der Steiermark werden vor allem bei sehr verletzlichen Kindern (Kinder psychisch erkrankter Eltern) vorhandene Ressourcen und Belastungen dieser Kindern erfasst. All diese Aspekte erfolgen spielerisch und unter Einbeziehung des Netzwerkes des Kindes (Eltern, Großeltern, weitere Verwandte oder Betreuungspersonen). Mittels Bericht und „Resilienzlandkarte“ werden individuelle konkrete Fördermaßnahmen vorgeschlagen. Die Kosten können nach Antrag von den zuständigen Jugendämtern übernommen werden [a.a.O.,15]. In den meisten Fällen wenden sich die Jugendämter direkt an S.I.N.N. [a.a.O., 19]. Wenn möglich, wird ein gemeinsames Erstgespräch mit den Eltern vereinbart. Anschließend wird ein Förderplan erstellt und die Kostenübernahme gewährleistet. Mit dem Kind, den Eltern und dem relevanten Umfeld werden Diagnostik- und Fördereinheiten durchgeführt. Optimaler Weise findet abschließend eine Endbesprechung mit den Eltern und den SozialarbeiterInnen statt [a.a.O.].

Jugendämter, Psychosoziale Zentren, LSF und Frühförderstellen sind in der Steiermark die KooperationspartnerInnen von S.I.N.N. In Bezug auf Öffentlichkeitsarbeit gibt S.I.N.N. Informationen an alle Jugendämter in Österreich, bietet Fortbildungen an verschiedenen Bezirkshauptmannschaften, genauso wie Fortbildungen für FrühförderInnen und Tagesmütter an, verfasst Fachartikel und informiert in Ärztekreisen und bei Gerichten über die Problematik [vgl. Pretis, 2007, 13]. Die Anliegen von S.I.N.N. sind: Für Kinder zugängliche Webseiten zu schaffen, psychische Erkrankungen zu einem allgemeinen Thema zu machen und eine Sensibilisierung der Erwachsenenpsychiatrie zu erreichen. Auch die Vernetzung der Fachleute untereinander ist ein großes Anliegen von S.I.N.N. [vgl. Pretis 2007, 21].

6.1.3 Familienberatungsstelle ANANAS – Verein zur Förderung der Erziehungskompetenz von Familien in Niederösterreich

Im Jahre 1996 wurde vom Land NÖ der Auftrag an eine Projektgruppe vergeben, die psychosoziale Situation von Eltern in Krisensituationen zu analysieren und Hilfsangebote zu entwickeln. Aus diesem Projekt entwickelte sich der Verein ANANAS als Familienberatungsstelle mit Niederlassungen in Gänserndorf, Hollabrunn und Horn [vgl. Homepage ANANAS 2009, 2]. Der Verein ANANAS ist ein gemeinnütziger Verein, der vom Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen und vom Land NÖ gefördert wird. Im Verein sind PsychologInnen, PädagogInnen, Ärzte, JuristInnen und DiplomsozialarbeiterInnen tätig. Die theoretische Ausrichtung des Vereins ist eine Psychoanalytische, woraus sich eine enge Kooperation mit dem Pädagogischen Institut der

Universität Wien und der ARGE Psychoanalytische Pädagogik Wien ergibt. Geboten wird: Beratung, mobile Betreuung, soziale Dienste und Trennungsbegleitung. In den Beratungsstellen wird außerdem kostenlose und anonyme Beratung zu Fragen der Erziehung, Beziehungsproblemen, schulischen Problemen und psychoanalytisch-pädagogische Erziehungsberatung gegeben [vgl. Homepage ANANAS 2009, 4].

Seit 1998 bietet der Verein ANANAS Familienintensivbetreuung an (vgl. Doppel/Lienbacher 2005, 3). Im Zuge dieser Arbeit hat sich eine Zunahme der Familien mit einem psychotischen Elternteil herauskristallisiert. Dabei wurde festgestellt, dass das bisherige Angebot der sozialpädagogischen Familienintensivbetreuung (SPFIB) bei betroffenen Familien nicht dem Bedarf dieser Familien entspricht (a.a.O., 4). Es wurde ein Konzept zur Familienintensivbetreuung bei psychisch kranken Eltern erstellt, mit dem Ziel die „Integration von Familien und deren Mitglieder, unter den jeweils individuellen Voraussetzungen, in den gesellschaftlichen Selbsterhaltungsprozess in einem näher zu bestimmenden umfänglichen Sinn, zu fördern.“ (vgl. Doppel/Lienbacher 2005, 30) Dieses Konzept gewann beim Gesundheitspreis der Stadt Wien 2006 den 3. Platz. Die SPFIB wird auf mehreren Ebenen aktiv: Der Familie, des näheren sozialen Umfeldes, der Gemeinde und der involvierten Helfersysteme und Institutionen (a.a.O., 35). Ziel ist nicht die Heilung des psychotischen Elternteils, sondern es geht darum Belastungen zu reduzieren, die persönlichen Ressourcen zu fördern, ein soziales Leben zu entwickeln und Anerkennung und Akzeptanz durch die Umwelt erfahrbar zu machen (a.a.O., 41f.). Auch bei diesem Projekt stellt die Vernetzung einen wesentlichen Bestandteil dar, um den jeweiligen Bedarf zu erheben und Angebote zu verknüpfen und zu koordinieren (a.a.O., 42). Das Konzept wurde sowohl in Wien als auch in Niederösterreich eingereicht, wurde aber bis dato noch nicht umgesetzt.

6.1.4 Projekt „Kiesel – Kinder von Eltern mit seelischem Leiden“ in Vorarlberg

Das Projekt „Kiesel“ des Arbeitskreises für Vorsorge- und Sozialmedizin in Vorarlberg bietet Beratung von Kindern von psychisch Kranken durch eine Fachärztin für Psychiatrie. Kiesel ist ein Angebot für Kinder von Eltern mit seelischem Leiden, die nicht nur für sich Hilfe suchen, sondern auch ihren Kindern den Umgang mit der Erkrankung der Eltern erleichtern wollen [vgl. Kerler 2002]. Kiesel bietet in Gruppen- und Einzelkontakten Kindern und Jugendlichen die Möglichkeit zu erleben, dass sie nicht alleine sind. Kindgerechte Information sowie Antworten auf bestehende Fragen zu der Erkrankung, dem Umgang mit dieser und allgemeine Sachinformationen werden angeboten. Unterstützt werden die Eltern

und Kinder durch Einzel- und/oder Familiengespräche oder auch durch Kindergruppen mit begleitender Elternarbeit. Auch die Vermittlung an andere Hilfsangebote und Institutionen wird beim Projekt Kiesel angeboten [vgl. Kerler 2002].

6.1.5 Projekt „TakaTuka“ der Caritas in Tirol

Die Caritas der Diözese Innsbruck startete im Frühjahr 2007 ein Präventionsprojekt für Kinder psychisch kranker Eltern. Namensgeberin für das Projekt war Astrid Lindgrens Pippi Langstrumpf (vgl. Warbanoff 2009, 19). HPE Tirol war an der Gründung von Taka Tuka wesentlich beteiligt. Das Projekt wird bis heute zur Gänze aus Spendengeldern finanziert (a.a.O., 20). Derzeit ist eine Kinderpsychologin für 25 Wochenstunden beschäftigt, die in Einzelfallbetreuungen die Kinder versorgt. Das Angebot ist für Familien kostenlos. Oft werden die Familien von Einrichtungen wie Beratungsstellen, Kliniken, TherapeutInnen, Selbsthilfegruppen etc. an Taka Tuka vermittelt. Bei einem ausführlichen Erstgespräch mit den Eltern werden alle wesentlichen Themen, die das Kind betreffen, besprochen (a.a.O.). Das Projekt steht Kindern im Alter von 3-13 Jahren und deren Familien und Bezugspersonen zur Verfügung [vgl. Projekt Taka Tuka, Homepage 2009]. Das zentrale Element ist hierbei die Erlaubnis für das Kind, über die elterliche Erkrankung sprechen zu dürfen, wodurch das oft auferlegte Kommunikationsverbot gleich zu Beginn durchbrochen wird. Weiters wird versucht die Rolle und Position des kranken Elternteils wieder zu stärken und positiv zu besetzen (vgl. Warbanoff 2009, 19). Gemeinsam mit dem Kind wird dann in ungefähr 10-15 Sitzungen an allen Themen und Schwierigkeiten gearbeitet. Kindgerechte Informationen über die Erkrankungen, Bearbeitung der Schuldgefühle, neue Verhaltensstrategien, wie sie mit dem erkrankten Elternteil umgehen können, Tipps und Anregungen für eine sinnvolle und fördernde Freizeitgestaltung und Erarbeitung von Verhaltensregeln in Notfällen, sind die wesentlichen Inhalte der Arbeit mit den Kindern (a.a.O.). Die Eltern werden zu allen, das Kind betreffenden, Fragen und Anliegen beraten. Wenn ein Kind schwerwiegende psychische oder auch entwicklungspsychologische Defizite aufweist, wird es an Spezialisten weiter verwiesen (a.a.O.). Taka Tuka sieht sich als Präventionsprojekt, dessen Ziel in der Arbeit mit den Kindern die Erhöhung der Widerstandsfähigkeit gegenüber den Belastungen in der Familie ist (a.a.O.). Das wesentliche Ziel der Arbeit mit den Eltern ist die Einsicht und das Bewusstsein, dass durch einen offenen und ehrlichen Umgang mit dem Thema „psychische Erkrankung“ das Kind am besten geschützt werden kann (a.a.O.).

6.1.6 Stationäre Mutter-Kind-Behandlung der sozialpsychiatrische Abteilung Waidhofen an der Thaya, Landeslinik Niederösterreich

An der Sozialpsychiatrischen Abteilung Waidhofen an der Thaya wurde 2004 eine eigene Mutter-Kind Einheit geschaffen (vgl. Riffer et al. 2008, 2). Nachdem vorher vereinzelt Mutter-Kind Behandlungen durchgeführt wurden, wurden 2004 die dafür notwendigen räumlichen Verhältnisse geschaffen. Es wurden zwei Einzelbettzimmer mit spezieller Ausstattung wie einem Gitterbett und einem Bett für die Bezugsperson bereitgestellt (a.a.O.). Die Abteilung in Waidhofen an der Thaya verfügt über 29 Betten und 6 Tagesklinikplätze mit einer ausreichenden pflegerischen Kapazität für die Umsetzung solch eines Modells (a.a.O., 3f.). Im fachärztlichen Bereich jedoch sieht die Situation schlechter aus, was dazu führt, dass die Durchführbarkeit des Projektes immer wieder in Frage steht (a.a.O.). Von 2004 bis 2007 wurden 50 Aufnahmen verzeichnet (a.a.O., 2). Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer betrug 22 Tage und ist somit um 50 % höher als die durchschnittliche Aufenthaltsdauer aller anderer Patientinnen (a.a.O.). Bei fast der Hälfte der aufgenommenen Patientinnen wurde bereits vor der Schwangerschaft eine psychische Erkrankung diagnostiziert (a.a.O., 3). Das Alter, der mit aufgenommen Kinder betrug zwischen einer Woche und 18 Monaten, wobei ca. 80 % der Kinder jünger als ein Jahr waren (a.a.O., 3). Fast alle Kinder waren durchgehend in der Abteilung. Speziell während der Arbeit von Mutter-Kind Behandlungen, hat es sich gezeigt, wie wichtig eine interdisziplinäre Zusammenarbeit ist. So war bei den behandelten Frauen ein Konsilium notwendig, wie gynäkologische, pädiatrische und internistische Konsilien (a.a.O.). Weiters ist die Zusammenarbeit des Pflegepersonals mit den Kinderkrankenschwestern beziehungsweise Hebammen von besonderer Bedeutung (a.a.O.). Neben den räumlichen Strukturen müssen daher auch dementsprechend genügend personelle Ressourcen zur Verfügung stehen.

Das therapeutische Angebot unterscheidet sich zunächst nicht wesentlich von dem anderer PatientInnen (a.a.O., 2). Jedoch wird bei der Mutter-Kind Behandlung spezielles Augenmerk auf die Interaktion von Mutter und Kind gelegt (a.a.O.). Diagnostisch lag der Schwerpunkt der Behandlungen bei den affektiven Störungen (a.a.O.). Es zeigte sich, dass die Entlastung des Mutter-Kind Systems durch die praktische und emotionale Unterstützung im Stationsalltag und in den Therapien zu einer Stärkung der Mutter-Kind Beziehung führt, was sich in erster Linie über einen sicheren Umgang mit dem Kind zeigte (a.a.O., 2). Es ist unbestritten, dass eine Trennung von Mutter und Kind bei notwendiger stationärer Behandlung der Mutter generell eine traumatische Situation darstellt (a.a.O., 4).

Die Anzahl der Aufnahmen beziehungsweise Behandlungsepisoden in der Mutter-Kind Einheit in Waidhofen an der Thaya bestätigt den Bedarf an Mutter-Kind Aufnahmemöglichkeiten für psychisch kranke Mütter, insbesondere im Wochenbett beziehungsweise der Postpartalzeit (vgl. Riffer et al. 2008, 3). Weitere Mutter-Kind Einheiten gibt es beispielsweise im AKH Wien, auf der psychiatrischen Abteilung des Franz-Josef Spitals in Wien oder in der Landesnervenklinik Sigmund Freud in Graz. Die erfolgreiche Umsetzung des Modells in Waidhofen bestätigt die sinnvolle Möglichkeit einer flächendeckenden Versorgung im Rahmen akutpsychiatrischer Abteilungen mit Versorgungsauftrag (a.a.O.).

6.2 Zielgruppenspezifische Angebote in Wien

6.2.1 Department für Perinatale Psychiatrie im Rahmen der Sozialpsychiatrischen Ambulanz des Otto Wagner Spitals in Wien

Zu der II. Psychiatrischen Abteilung des Otto Wagner Spitals in Wien gehört die *Ambulanz für perinatale Psychiatrie* (vgl. Verein Freiräume 2007, 86). Tätigkeit in diese Richtung gab es bereits im Rahmen der sozialpsychiatrischen Ambulanz des Otto Wagner Spitals Wien. Hier wurde im Jahr 2000 ein Konsiliar/Liaisondienst mit dem Pavillon V. der Säuglingspsychosomatischen Abteilung des Wilhelminenspitals initiiert (a.a.O.). Durch die Liaisonarbeit mit dieser Abteilung konnte für psychisch kranke Mütter eine Mutter-Kind Aufnahme auf einem sehr hohen therapeutischen Niveau organisiert werden. Da es bis dato keine organisierte Anlaufstelle für peripartal psychisch kranke Frauen in Wien gab, hat das Team der Sozialpsychiatrischen Ambulanz beschlossen, ein Departement für Perinatale Psychiatrie unter der Leitung von Frau Dr. Reiner-Lawugger einzurichten (a.a.O.). Ihr Arbeitsschwerpunkt liegt in der Betreuung von Schwangeren und jungen Müttern in psychischen Krisen (vgl. Reiner-Lawugger 2009, 8). Angeboten werden medizinische, psychotherapeutische und sozialarbeiterische Betreuung von psychisch kranken Müttern mit individuellen Behandlungskonzepten und Beratung sowie Therapie bei postpartalen Depressionen (a.a.O.). Im Vorjahr wurden in der Ambulanz 265 Mütter mit psychischen Krisen in Peripartalzeit behandelt (vgl. Reiner-Lawugger 2009, 9). Das Behandlungsspektrum reicht dabei von Einmalkontakten zur Krisenintervention bis hin zur Langzeitbetreuung von chronisch kranken Müttern (a.a.O.). Häufig besteht bei der Behandlung eine enge Zusammenarbeit mit dem Amt für Jugend und Familie (MAG ELF).

Den größten Anteil der Diagnosegruppen der Ambulanz machen Affektive- und Angsterkrankungen aus (a.a.O.). Mütter mit Schizophrenie oder Boderline-Störungen machen

einen eher geringeren Teil aus. Diese Mütter benötigen allerdings eine intensive interdisziplinäre Zusammenarbeit mit der MAG ELF und entwicklungsdiagnostischen Einrichtungen zur Beobachtung des Kindes (a.a.O.). Erst wenn bei den Patientinnen eine Krankheitseinsicht und Compliance entsteht, wird auch mit den anderen Mitgliedern des Teams Kontakt aufgenommen.

Um möglichst viele Betroffene zu erreichen, wurde das Netzwerk „*Mütter in perinatalen psychischen Krisen (PPD)*“ in Wien gegründet. Die Spezialambulanz für perinatale Psychiatrie ist in dieses Wienweite Netzwerk integriert. Unterschiedlichste Organisationen und Institutionen, die sich mit Schwangeren und jungen Müttern beschäftigen sind eingebunden. Das Netzwerk wird vom Wiener Frauengesundheitsprogramm unter der Leitung von Frau Univ. Prof. Dr. Wimmer-Puchinger zusammen gehalten (vgl. Reiner-Lawugger 2009, 9). Im Rahmen des Netzwerkes wurde ein Folder mit allen relevanten Informationen und Adressen entwickelt, der über die MAG ELF an alle Frauen, die vor kurzem Endbunden haben bei der Ausgabe des Wäschepaketes verteilt werden (a.a.O.). Außerdem wurde ein Leitfaden zur psychosozialen Schwangeren-Anamnese entwickelt, der an den Wiener geburtsberuflichen Abteilungen des KAV eingesetzt wird (a.a.O.). Dieser interdisziplinäre Austausch trägt wesentlich dazu bei, psychische Erkrankungen bei Schwangeren und jungen Müttern geschulter wahrzunehmen, Zuweisungswege abzukürzen und rasch eine adäquate, notwendige Unterstützung für die Betroffenen und ihre Kinder zu finden (a.a.O.). Aufgrund mangelnder Ressourcen ist Frau Dr. Reiner-Lawugger derzeit die einzige Mitarbeiterin dieser Ambulanz. Ihr stehen noch 1,5 SozialarbeiterInnen für ihren Bereich zur Verfügung. Durch massive Öffentlichkeitsarbeit im Zuge der Mitarbeit am *Wiener Netzwerk Postpartale Depression* machte sie schon häufig auf den großen Bedarf und die Notwendigkeit dieser Spezialambulanz aufmerksam.

6.2.2. Stationäre Mutter-Kind Aufnahme auf der Psychiatrie des AKH Wien

Es gibt auf der Sozialpsychiatrie des AKH Wien eine Teilstation mit 10 Betten für Mutter-Kind Einheiten. Dieses Angebot besteht nur für postpartale Frauen. Mit aufgenommen werden Kinder bis zum Krabbelalter, da bis zu diesem Alter die Verantwortung für das Personal tragbar ist (vgl. Gesprächsprotokoll Thau 2009, 1). Die Kinder werden im AKH als „Begleitpersonen“ mit aufgenommen. Derzeit sind 2 Patientinnen mit ihren Kindern in einem 2-Bettzimmer. Die Mütter kommen entweder durch einen betreuenden Psychiater oder direkt auf die Station, wobei immer eine genaue Abklärung vor einer Aufnahme notwendig ist, um

zu überprüfen, ob die Maßnahmen in dieser Form inhaltlich überhaupt sinnvoll und passend sind. Es werden nicht nur Frauen mit der Diagnose „postpartale Depression“ aufgenommen, sondern alle psychiatrischen Diagnosen (a.a.O., 2). Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer beträgt ca. 6-8 Wochen, je nach individueller Situation und unter Einbeziehung des Umfeldes der Patientinnen. Nach einer Entlassung wird auf eine ausreichende Weiterbetreuung großer Wert gelegt (a.a.O., 3). Mittlerweile können sogar die Partner der Patientinnen mit aufgenommen werden, was einerseits gut für das Bindungsverhalten der Kinder ist und andererseits eine große Unterstützung für die Mütter und auch das Personal darstellt (a.a.O.). Seit einem Jahr gibt es zusätzlich eine diplomierte Säuglingskrankenschwester, die Montag- bis Freitagvormittag unterstützend zur Seite steht. Sie stellt eine große Hilfe für das psychiatrisch ausgebildete Pflegepersonal dar (a.a.O.). Auf der Station selbst ist keine Pädagogin tätig, da es sich um sehr kleine Kinder handelt. Das Personal ist vorwiegend psychiatrisch geschultes Pflegepersonal. Eine Zusammenarbeit mit dem Jugendamt gibt es nach Prof. Dr. Thau immer dann, wenn es notwendig ist (a.a.O., 3). Oberste Priorität hat das Wohl des Kindes.

Um ältere Kinder mit aufnehmen zu können, wäre eine komplette Änderung der Struktur notwendig. Das heißt, es müssten Erwachsenenpsychiater und Kinderpsychiater sowie Pflegepersonal sowohl für Erwachsene als auch für Kinder auf dieser Station tätig sein. Außerdem müssten die räumlichen Gegebenheiten darauf angepasst sein (a.a.O., 2). Wünschenswert wäre zum Beispiel eine ganze Station, da derzeit nur eine Teilstation zur Verfügung steht (a.a.O., 3). Das heißt, die Mütter und ihre Kinder teilen sich mit anderen PatientInnen der Psychiatrie eine Station. Die räumlichen Gegebenheiten sind nicht ideal, allerdings gibt es hier den baulichen Vorteil, dass es sich um 4 Einbettzimmer handelt, wo ein Kinderbett und ein Zusatzbett für den Partner hinein passen. Weiters gibt es Vierbettzimmer, in denen immer zwei Mütter mit ihren Kindern untergebracht werden können. Für eine ganze Station benötigt man aber wieder speziell geschultes Personal, Ressourcen und räumliche Verhältnisse, was bei der derzeitigen finanziellen Lage nicht möglich ist. In der aktuellen Situation (Behandlungsplatzmangel) – genauso wie an der Kinder- und Jugendpsychiatrie – sind Familienstationen nicht vorrangig (a.a.O., 2).

6.2.3 HPE Wien – Selbsthilfegruppe: Wenn Eltern psychisch krank sind

HPE ist ein Österreichweiter, gemeinnütziger Verein, der sich den Angehörigen und FreundInnen psychisch Erkrankter widmet. Der Verein ist in allen Bundesländern aktiv und

hat es sich zur Hauptaufgabe gemacht, die Lebensqualität der Angehörigen psychisch Erkrankter zu verbessern [vgl. Homepage HPE Österreich 2009, 1]. Zu den Angeboten der HPE in ganz Österreich zählen unter anderem folgende Leistungen: Beratungen, Gruppentreffen, Informationsveranstaltungen, Broschüren, Tagungen oder Seminare. *In Wien* betreibt der HPE-Österreich eine Beratungsstelle für Angehörige und FreundInnen psychisch Erkrankter sowie ein Angehörigenzentrum. Die Familienberatungsstelle der HPE-Österreich in Wien ist eine auf die Problematik von Angehörigen und FreundInnen psychisch erkrankter Menschen spezialisierte Beratungseinrichtung [vgl. Homepage HPE Österreich 2009, 1]. Die MitarbeiterInnen des HPE-Wien kommen aus verschiedenen Disziplinen wie der Sozialarbeit, Medizin, Pädagogik und sind sozialpsychiatrisch geschult [a.a.O.]. Geboten werden Beratungsgespräche für Einzelpersonen, Paare und Familien, sozialrechtliche Beratung, ärztliche Beratung, Beratung durch FamilientherapeutInnen, Seminare zu einzelnen Krankheitsbildern und Selbsthilfe- und Erfahrungsaustauschgruppen. Im Zuge der Selbsthilfegruppen und des Erfahrungsaustausches treffen sich einmal im Monat junge Erwachsene zwischen 18 und 30 Jahren, deren Mütter oder Väter psychisch erkrankt sind. In der Gruppe wird den jungen Erwachsenen die Möglichkeit des Erfahrungsaustausches und der Unterstützung durch andere Betroffene gegeben.

Grundsätzlich suchen Erwachsene den HPE-Wien auf. Doch wenn in einer betroffenen Familie minderjährige Kinder sind, so fällt dies in den Zuständigkeitsbereich von Frau Mag. Baubin (vgl. Interview Frau Mag. Baubin 2009). Die Beratung beinhaltet dann einerseits Aufklärung über die Erkrankung, den Umgang mit der Erkrankung und andererseits auch Erziehungsberatung. Ein weiterer Schwerpunkt ihrer Arbeit ist die Beratung und Information von Jugendlichen (Interview Frau Mag. Baubin 2009). Angeboten wird auch eine anonyme online-Beratung. Da aber Frau Mag. Baubin bisher die einzige Ansprechperson für minderjährige Kinder psychisch erkrankter Eltern ist, wird das Angebot auch nicht offiziell angeboten, da die Nachfrage zu groß wäre und die Kapazitäten dafür nicht reichen würden. Das gesamte Beratungsangebot der HPE zielt darauf ab, Bewältigungsstrategien zu erarbeiten, wie der Alltag und die Beziehung mit Ihren kranken Angehörigen stressfreier gestaltet werden kann und somit mehr Lebensqualität für alle erzielt werden kann [vgl. Homepage HPE Österreich 2009, 3].

7. Allgemeine Hilfs-, Betreuungs- und Behandlungsangebote für Kinder und Jugendliche in psychischen Krisen in Wien

Kinder mit psychischen Problemen, die Fachleuten in psychiatrischen und psychotherapeutischen Einrichtungen für Kinder und Jugendliche vorgestellt werden, stammen häufig aus Familien, in denen ein Elternteil eine psychische Erkrankung hat (vgl. Mattejat 2005, 66). Denn betroffene Kinder haben aufgrund der abnormen psychosozialen Bedingungen ein deutlich erhöhtes Risiko selbst eine psychische Störung zu entwickeln (vgl. Remschmidt/Mattejat 1994, 297). Wenn es durch die gegebene Situation zu einer Krise oder einer psychischen Auffälligkeit kommt, gibt es in Wien zahlreiche Möglichkeiten der Unterstützung und Behandlung für Kinder und Jugendliche. Diese Hilfs- und Unterstützungsmöglichkeiten werden im Folgendem kurz beschrieben. Die angeführten Einrichtungen sind nicht auf die Betreuung oder Behandlung von Kindern psychisch Kranker spezialisiert, sind aber in ihrer Arbeit sehr häufig mit dieser Zielgruppe konfrontiert.

7.1 Stationäres und tagesklinisches Angebot im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie (AKH und Rosenhügel)

Wenn Kinder psychisch kranker Eltern selbst psychisch erkranken, besteht die Möglichkeit einer Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Aufgabe der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist es, adäquate Hilfestellung für Kinder und Jugendliche mit psychischen Störungen und Krankheiten zu geben [ÖGKJP 2004, 1]. „Entsprechend der Definition des Fachgebietes umfasst die Kinder- und Jugendpsychiatrie die Erkennung, Behandlung, Prävention, Rehabilitation und Begutachtung bei psychischen, psychosozialen, psychosomatischen, entwicklungsbedingten und neurologischen Erkrankungen oder Störungen sowie bei psychischen und sozialen Verhaltensauffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter“ (Berger et al. 2006, 87). Zurzeit verfügt der KAV (Krankenanstaltsverbund) über insgesamt 60 vollstationäre Betten zur kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung in Wien, wobei 32 Betten auf die KJP-AKH und 28 Betten auf die KJP-NRZ entfallen [vgl. Kontrollamt der Stadt Wien 2008, 157]. Darüber hinaus hat der PSD in seinem Ambulatorium mit Tagesklinik zehn bis zwölf weitere tagesklinische Behandlungsplätze [a.a.O.]. Die Kinder- und Jugendpsychiatrie stützt sich auf ambulante, teilstationäre und stationäre Einrichtungen und auch auf die Praxen der niedergelassenen Kinder- und JugendpsychiaterInnen (a.a.O.). Derzeit sind in Österreich rund 340 akutstationäre Behandlungsplätze für die kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung vorhanden.

In Wien besteht die Möglichkeit einer stationären Behandlung für Kinder und Jugendliche in der Universitätsklinik für Psychiatrie des Kindes- und Jugendalters (AHK) und in der Neuropsychiatrischen Abteilung für Kinder und Jugendliche mit Behindertenzentrum des Krankenhaus Hietzing mit Neurologischem Zentrum Rosenhügel (NRZ).

Der Universitätsklinik für Psychiatrie des Kindes- und Jugendalters des AKH Wien stehen zwei Stationen mit je 16 Betten zur Verfügung [vgl. Homepage PKJ 2009, 1]. Eine allgemeine Ambulanz und diverse Spezialambulanzen, wie die allgemeine Kopfschmerzambulanz, die Ambulanz für Zwangskrankheiten, die Forensikambulanz, die Ambulanz für Essstörungen im Kindes- und Jugendalter, die Psychodiagnostische Ambulanz, die sozialpsychiatrische Ambulanz und die psychotherapeutische Ambulanz können in Anspruch genommen werden. Die allgemeine Ambulanz ist die erste ambulante Anlaufstelle für Kinder und Jugendliche mit psychiatrischen und neurologischen Problemen, sowie deren Familien, und sie ist auch die erste Anlaufstelle für akute Problemstellungen [vgl. Homepage PKJ 2009, 2]. Die PatientInnen der Kinder- und Jugendpsychiatrie sind aufgrund unterschiedlichster Problematiken in der Klinik. Ein häufiger Grund sind psychische Störungen und Auffälligkeiten, entstanden aufgrund der abnormen psychosozialen Belastungen durch einen psychisch kranken Elternteil (vgl. Interview Fr. Dr. Bogyi).

Die Neuropsychiatrische Abteilung für Kinder und Jugendliche am Krankenhaus Hietzing mit Neurologischem Zentrum Rosenhügel beschäftigt sich mit psychiatrischen Erkrankungen bei Kinder und Jugendlichen von 0-18 Jahren [vgl. KHR 2009, 1]. Die Kinder- und Jugendpsychiatrie Rosenhügel besteht aus einer Ambulanz und zwei Stationen, davon eine Kinderstation mit 13 Betten inklusive Mutter-Kind Einheiten und einer Jugendlichenstation mit 15 Betten inklusive 4 Akutbetten, einer Heilstättenschule und einem großen Garten [vgl. Homepage KHR 2009, 2]. Die Neuropsychiatrische Ambulanz für Kinder- und Jugendpsychiatrischen Abteilung versorgt schwerpunktmäßig PatientInnen aus dem Raum Wien mit folgenden Störungsbildern: Hyperaktivität und Schulprobleme, depressive Erkrankungen, Angst- und Zwangsstörungen, psychotische Störungen, Essstörungen, posttraumatische Störungen, soziale Eingliederungsschwierigkeiten, Autismus und komplexe Behinderungen [vgl. Homepage KHR 2009, 3]. Die Entwicklungsambulanz Rosenhügel versteht sich als eine Spezialambulanz für kleine Kinder von 0-6 Jahren, die komplexen prä- und postnatalen Risiken ausgesetzt sind [a.a.O., 4]. Seit 1995 werden in dieser Abteilung Kinder opiatabhängiger suchtkrankender Mütter im Rahmen eines interdisziplinären Projekts betreut [vgl. Berger/Elstner 2002].

7.2 Ambulante und stationäre Abteilungen der Magistratsabteilung 11 – Amt für Jugend und Familie

Die MAG ELF (Magistratsabteilung 11) ist speziell mit der Unterstützung von Familien und dem Schutz von Kindern und Jugendlichen beauftragt. Sie ist Hauptzuständige für die Angelegenheiten der öffentlichen Jugendwohlfahrt [vgl. Kontrollamt der Stadt Wien 2008, 57]. Die Magistratsabteilung 11 hat zum Zweck der Förderung und Sicherung der Entwicklung Minderjähriger - neben der Abklärung von Gefährdungen des Kindeswohls – unter anderem soziale Dienste bereitzustellen und Hilfestellung bezüglich der Erziehung zu gewährleisten [a.a.O.]. Somit fallen auch „Problemfamilien“, wie Familien, in denen ein Elternteil psychisch erkrankt ist in den Aufgabenbereich der MAG ELF. Die Angebote der MAG ELF beziehen sich auf die Stadt Wien. Geboten wird ein vielfältiges Angebot an Information, Beratung, Förderung und Unterstützung für Kinder, Jugendliche und Familien [vgl. Homepage MAG ELF 2009, 3]. Im Falle einer Krise verfügen die Service-Einrichtungen der MAG ELF und ihre Kooperationspartner über ein engmaschiges Netz an Hilfsangeboten. Sie verfügt über Servicestellen für Rechtsvertretungen, soziale Arbeit mit Familien, Beratung und Hilfe in allen Beziehungsfragen, Hilfe für Kinder/Jugendliche und junge Mütter bei Problemen und Krisen, Schuldnerberatung, sozialpädagogische Einrichtungen, Hilfe für MigrantInnen, Hilfe bei ungewollter Schwangerschaft, soziale Einrichtungen und Leistungen und eine Informations- und Beratungsstelle in Wohnangelegenheiten [vgl. Homepage MAG ELF 2009, 7].

Bei der *sozialen Arbeit mit Familien* handelt es sich um ein Angebot, das die Aufgabe hat die Familien in Krisen und Notsituationen zu unterstützen und die Kinder zu schützen [a.a.O.]. Geboten werden Beratung und Unterstützung in Form von sozialen Diensten, welche Beratung, Hilfestellung und Vermittlung von Ressourcen in verschiedenen Familienfragen, bei Trennung oder Scheidung, bei Erziehungsproblemen und bei materiellen Problemen bieten. So fällt eine psychische Erkrankung eines Elternteils auch in den Aufgabenbereich der sozialen Arbeit mit Familien. Die 18 Regionalstellen sind in den zugehörigen Bezirken erste Anlaufstelle für Kinder, Jugendliche und Familien in schwierigen Lebenssituationen [a.a.O.]. Weiters werden *Hilfen zur Erziehung* angeboten. Diese sind entsprechend dem Wiener Jugendwohlfahrtsgesetz (WrJWG) dann vorgesehen, wenn Erziehungsberechtigte ihre Pflege- und Erziehungsaufgaben alleine nicht bewältigen können und das Wohl des Kindes somit nicht mehr sichergestellt werden kann [a.a.O., 8]. Da eine psychische Erkrankung eines Elternteils oftmals mit einer eingeschränkten Erziehungsfähigkeit einhergeht, können die *Hilfen zur Erziehung* die notwendige Hilfe und Unterstützung bieten (vgl. Schone 2005, 108).

Unterstützung der Erziehung wird dann gezielt mit den Obsorgeberechtigten vereinbart, wenn die Aussicht besteht, dass das Kind mit dieser ambulanten Maßnahme vor allen Formen weiterer Gewalt oder Vernachlässigung geschützt werden kann (vgl. MAG ELF 2007, 1). So werden dann in einer schriftlich verfassten Arbeitsvereinbarung mit der Sozialarbeiterin besprochene Ziele klar und verständlich formuliert und konkrete Umsetzungsschritte festgelegt (a.a.O.). Diese Vereinbarung beinhaltet auch die Konsequenzen bei einer Nichteinhaltung [vgl. Homepage MAG ELF 2009, 7]. Allerdings sind Eltern nur selten zu einer uneingeschränkten Zusammenarbeit mit der Jugendwohlfahrt bereit (vgl. MAG ELF 2007, 2). Ist in einer Familie eine besonders intensive und nachhaltige Betreuung erforderlich, können die SozialarbeiterInnen die Hilfe der MitarbeiterInnen der *Mobilen Arbeit mit Familien* (MAF) einbeziehen.

Familien, in denen ein Elternteil psychisch erkrankt ist, scheuen oft den Kontakt zum Jugendamt, da sie Angst haben ihre Kinder zu verlieren (vgl. Elterninterviews). Diese Angst ist nicht immer unbegründet (vgl. Interview Fr. DSA Staffa). Ein so genanntes Abklärungsverfahren, das eine Abnahme eines Kindes zur Folge haben kann, erfolgt nach klar festgelegten Regeln. Wenn die SozialarbeiterInnen der MAG ELF von einer Gefährdung eines Kindes erfahren – oder diese selbst wahrnehmen – können sie zur Sicherung des Kindeswohles aktiv werden. Dabei sind sie auf KooperationspartnerInnen (so genannte MelderInnen) angewiesen. Dies sind häufig LehrerInnen, Polizei, aber auch Familienangehörige, Freunde und Nachbarn von betroffenen Kindern (vgl. Magistrat der Stadt Wien 2009, 5). Wenn eine vermutete Gefährdung eines Kindes oder Jugendlichen gemeldet wird, ist die Jugendwohlfahrt dazu verpflichtet jede Meldung abzuklären [vgl. Kontrollamt der Stadt Wien 2008, 72]. Es muss überprüft werden, ob Kinder oder Jugendliche vernachlässigt werden beziehungsweise von körperlicher, psychischer oder sexueller Gewalt bedroht sind. Für die Einschätzung der akuten Gefährdung und unmittelbar notwendiger Interventionen ist das „4-Augen-Prinzip“ Standard (a.a.O.). Das heißt, dass die ersten Erhebungen von zwei SozialarbeiterInnen gemeinsam durchgeführt werden müssen und alle weiteren zu setzenden Maßnahmen in Absprache mit der leitenden Sozialarbeiterin erfolgen. Im Jahr 2008 stieg die Zahl der Abklärungsverfahren weiter an. Mit 31.12.2007 waren 2.125 Abklärungsverfahren zur weiteren Bearbeitung offen, während des Jahres kamen insgesamt 11.312 Abklärungsverfahren neu hinzu, mit 31.12.2008 waren 2.285 Abklärungsverfahren offen (vgl. Magistrat der Stadt Wien 2009, 5).

Wenn also bei einer bestehenden Gefährdung keine Vereinbarung mit den Erziehungsberechtigten zu Stande kommt, muss ein Antrag beim PflEGschaftsgericht gestellt werden (vgl. MAG ELF 2004, 1). Das Gericht verfügt dann die Unterstützung der Erziehung, die zur Abwendung der Gefährdung notwendig ist. Ein Eingriff in familiäre Bereiche und Beziehungen ist allerdings nur insoweit vorgesehen, als dies zum Wohl der Minderjährigen notwendig ist [vgl. Kontrollamt der Stadt Wien 2008, 72]. Nach dem Sammeln möglichst vieler Informationen zur Familiensituation, dem psychischen und physischem Zustand des Kindes oder Jugendlichen muss dann entschieden werden, ob eine Unterbringung außerhalb der Familie zum Schutz des Kindes erforderlich ist (vgl. MAG ELF 2004, 2). Kinder oder Jugendliche können dann in Wohngemeinschaften oder anderen *sozialpädagogischen Einrichtungen* oder bei Pflegeeltern untergebracht werden. Interremistisch ist eine vorübergehende Unterbringung des gefährdeten Kindes oder Jugendlichen in einem *Krisenzentrum* möglich [vgl. Homepage MAG ELF 2009, 9]. Im Jahr 2008 standen in den 12 Krisenzentren der MAG ELF insgesamt 116 Plätze zur Verfügung (vgl. Magistrat der Stadt Wien 2009, 5). Wenn ein Elternteil (beispielsweise aufgrund einer psychischen Erkrankung) nicht mehr in der Lage ist sich in ausreichendem Maß um das eigene Kind zu kümmern und keine anderen Möglichkeiten der Hilfe wie durch einen Partner oder Großeltern zur Verfügung stehen, können die Kinder fremd untergebracht werden. Rund 2.800 Kinder und Jugendliche leben nicht bei ihren Eltern zu Hause, sie wurden *fremduntergebracht*. Die Mehrheit der Kinder und Jugendlichen kamen aus der Krisenpflege, einige Kinder kamen direkt aus Einrichtungen wie Spital, Krisenzentren (KRIZE) und Wohngemeinschaften (WG) (vgl. Magistrat der Stadt Wien 2009, 11).

7.3 Abteilung Jugend- und Behindertenpsychiatrie mit Autismuszentrum und Kinder- und Jugendpsychiatrisches Ambulatorium mit Tagesklinik des PSD Wien

Die Einrichtungen der Psychosozialen Dienste (PSD) bilden seit 1980 ein integriertes, umfassendes, ambulantes psychiatrischpsychosoziales Versorgungssystem. Der PSD ist der größte Anbieter ambulanter psychiatrischer Leistungen in Wien [vgl. Homepage PSD 2009]. Die Leistungen umfassen medizinische Behandlungen und Betreuungen sowohl in den Bereichen Allgemeinpsychiatrie (Erwachsenenpsychiatrie) und Gerontopsychiatrie als auch in der Kinder-, Jugend- und Behindertenpsychiatrie [vgl. Kontrollamt der Stadt Wien 2009, 46]. Primäre Zielgruppe des PSD Wien sind Menschen ab 18 Jahre, die in Wien wohnhaft sind und eine psychische Störung und/oder einen psychosozialen Behandlungsbedarf haben, der aus einer Erkrankung resultiert [vgl. Homepage Psychosoziale Dienste Wien 2009, 3].

Leistungen für Kinder und Jugendliche bietet der PSD im Rahmen der Abteilung Jugend- und Behindertenpsychiatrie mit Autismuszentrum, die sich aus einer Beratungsstelle, einem Tagesklinik zusammensetzt, an [vgl. Kontrollamt der Stadt Wien 2008, 47].

Dem speziellen Behandlungs- und Betreuungsbedarf von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Störungen und Problemen widmet sich das *Kinder- und Jugendpsychiatrische Ambulatorium*, wie auch um Kinder psychisch kranker Eltern, die selbst eine psychische Auffälligkeit oder Störung aufweisen. Diese ursprünglich im Jahr 2002 als Tagesstätte im 23. Wiener Gemeindebezirk installierte Einrichtung wurde im Jahr 2004 in ein überregionales Kinder- und Jugendpsychiatrisches Ambulatorium mit Tagesklinik umstrukturiert [vgl. Kontrollamt der Stadt Wien 2009, 48]. Zweck dieses selbstständigen Ambulatoriums ist die Behandlung und Betreuung von Kinder und Jugendlichen mit psychischen Problemen und Störungen [vgl. Kontrollamt der Stadt Wien 2008, 47]. Die Hauptaufgabe des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Ambulatoriums liegt in der medizinischen Behandlung und in der Unterstützung bei der persönlichen, sozialen sowie schulischen beziehungsweise beruflichen Entwicklung [vgl. Homepage Psychosoziale Dienste Wien 2009, 20]. Die angeschlossene Tagesklinik kann als Alternative zu einer stationären Behandlung oder im Anschluss an eine stationäre Therapie in Anspruch genommen werden.

7.4 Ambulatorien des VKKJ - Sozialpädiatrisches Ambulatorium Fernkorngasse

Der VKKJ für Wien, Niederösterreich und das Burgenland ist eine Vereinigung zugunsten körper- und mehrfachbehinderter Kinder und Jugendlicher. In den vier Ambulatorien in Wien und den vier weiteren Ambulatorien in Niederösterreich erfolgt eine medizinsch-therapeutische Behandlung und Betreuung von Kindern und Jugendlichen zwischen 0 und 18 Jahren [vgl. Homepage VKKJ 2009, 2]. Die Angebote der Ambulatorien der VKKJ richten sich an Kinder und Jugendliche mit Entwicklungsverzögerungen, Verhaltensauffälligkeiten und Behinderungen.. Im Zentrum des Betreuungsangebotes der VKKJ-Ambulatorien steht ein interdisziplinärer Ansatz, der eine große Bandbreite an unterschiedlichen Behandlungs- und Therapiemöglichkeiten gewährleistet [vgl. Homepage VKKJ 2009, 2]. Das Leistungsangebot reicht von fachärztlicher Diagnostik über psychologische Testung und Beratung, Physio-, Psycho- und Ergotherapie bis hin zu Logopädie, Musiktherapie, Rhythmik und computergestützter Kommunikation. Großes Augenmerk gilt auch der Beratung von Eltern und Geschwistern betroffener Kinder und Jugendlicher. So bieten die Ambulatorien auch Elterngruppen und Geschwistergruppen an [a.a.O., 6]. Ein weiterer Schwerpunkt ist die heilpädagogische Unterstützung entwicklungsgefährdeter Kinder durch heilpädagogische

Beratung, Frühförderung und Frühbetreuung [a.a.O.]. Auch Sozialberatung ist im Angebot der VKKJ Ambulatorien enthalten. Die Thematik Kinder psychisch kranker Eltern betrifft die Ambulatorien, da es ein ständiges Nebenthema, wie auch Verwahrlosung, Missbrauch oder Gewalt ist (vgl. Interview Vavrik, 2009). Die Ambulatorien sind keine speziellen Anlaufstellen für diese Problematik, aber es ist immer wieder ein Begleitthema bei den Konsultierungen (a.a.O.).

7.5 Erziehungsberatungsstellen

Eine psychische Erkrankung geht meist mit einer eingeschränkten Erziehungsfähigkeit des erkrankten Elternteils einher (vgl. Schone 2005, 108). Daher geht es um eine Unterstützung der Erziehungskompetenz der Eltern einerseits, und um eine Förderung bei der Entwicklung von Bewältigungsstrategien der Kinder andererseits (vgl. Brumm 2005, 92). Genau diese Aufgaben zählen unter anderem zu den Kernaufgaben von Erziehungsberatungsstellen (EBS). Die Zielsetzung von Erziehungsberatung ist ausgelegt auf die „Wiederherstellung, Sicherung und Stabilisierung der elterlichen Erziehungskompetenzen und Erziehungsverantwortung, ebenso auf die Schaffung solcher sozialer und psychischer Bedingungen, welche eine positive kognitive wie emotionale Entwicklung der Kinder beziehungsweise Jugendlichen fördert“. Im Vordergrund stehen Nachforschungen über mögliche Auslöser der Probleme des Kindes, wie beispielsweise eine psychische Erkrankung eines Elternteils (vgl. Wattendorf 2007, 24). Ein weiterer Bereich der Erziehungsberatungsstellen ist der Schutz von Heranwachsenden bei möglichen Vernachlässigungen, bei Gewalt oder Misshandlung im sozialen Umfeld wie sie bei schweren psychischen Erkrankungen häufig vorkommen (a.a.O., 27).

Erziehungsberatungsstellen unterscheiden sich in der Art ihrer Arbeitsweise, ihrer konzeptionellen Ausrichtungen und ihrer Klientel (vgl. Abel 1998, 87). So findet man in Wien zahlreiche private und auch öffentlich geführte Erziehungsberatungsstellen wie die ‚Elternwerkstatt‘, die Psychoanalytisch-pädagogischen Erziehungsberatungsstellen, das ‚Familienzentrum‘ der Caritas der Erzdiözese Wien, das ‚FEM‘ Süd – Gesundheitszentrum für Frauen, Eltern und Mädchen, die Kinder- und Jugendpsychologische Beratung der MAG ELF – Amt für Jugend und Familie, die Kinderfreunde Wien, die ARGE Erziehungsberatung und Angebote von niedergelassenen ÄrztInnen und TherapeutInnen.

7.5.1 Psychoanalytisch-Pädagogische Erziehungsberatungsstellen

Ein spezielles pädagogisches Konzept, das im Falle von Kindern psychisch kranker Eltern, die bereits selbst Auffälligkeiten zeigen Anwendung finden kann, ist das der „*Wiener psychoanalytisch-pädagogischen Erziehungsberatung*“. Diese besondere Art der Beratung

verfügt über das benötigte tiefenpsychologische Wissen und die pädagogischen Kompetenzen. Ziel dieser ist es, den Eltern in ihren schwierigen Situationen beizustehen und zu helfen, um sie dadurch zu befähigen, ihren Kindern beistehen und helfen zu können [vgl. Homepage APP 2009]. Psychoanalytisch-pädagogische Erziehungsberatung geht davon aus, dass "Erziehungsschwierigkeiten" - darunter fallen Verhaltensauffälligkeiten, so genannte "Hyperaktivität", Beziehungskonflikte, Lernschwierigkeiten, Einnässen, Einkoten, Wutanfälle, depressive Verstimmung, Schüchternheit, Angst etc, Symptome sind, das heißt nur Ausdruck eines darunter liegenden Problems sind, welches das Kind mit sich selbst, seinen Bezugspersonen oder seiner Umwelt hat [a.a.O.]. Ziele der psychoanalytisch-pädagogischen Erziehungsberatung sind: „Über eine gründliche diagnostische Abklärung Wege zu finden, die freudvolle Beziehung zum Kind wiederherzustellen, den Eltern/Erziehern die pädagogische Kompetenz zurückzugeben und den Handlungsspielraum der Eltern/Erziehern zu erweitern“ [a.a.O.]. Die psychoanalytisch-pädagogische Erziehungsberatung ist für alle Fragen im Zusammenleben mit Kindern zuständig [vgl. Homepage APP 2009]. In der Arbeit der psychoanalytischen-pädagogischen Erziehungsberatung wird an einer Veränderung von Beziehungen gearbeitet, um Verbesserungen von Entwicklungsbedingungen zu erreichen (vgl. Datler 1999, 23). Im Interesse der Kinder kümmert sich die Wiener psychoanalytisch-pädagogische Erziehungsberatung auch um das Wohlbefinden der Eltern (vgl. Figdor 1995, 38), da die „Außenwelt“ – und dazu gehört auch die Beziehungsgestaltung und der erzieherische Umgang der Eltern mit ihren Kindern – an der Entwicklung des Kindes beteiligt ist (vgl. Figdor 1995, 43). Daher kann eine sinnvolle Gestaltung der Außenwelt auch in der Lage sein, notwendige Veränderungen der Entwicklung von Kindern einzuleiten (a.a.O.).

7.6 Child Guidance - Institut für Erziehungshilfe

Das Institut für Erziehungshilfe (Child Guidance Clinic) ist eine Einrichtung für ambulante Psychotherapie in Wien. Die Child Guidance Clinic sind stärker therapeutisch orientiert als die Erziehungsberatungsstellen. Ein besonderes Kennzeichen dieser Einrichtungen war die Arbeit in einem multidisziplinären Team, das auch heute noch Grundsatz der Arbeit in Erziehungsberatungsstellen darstellt. Mit seinen fünf Standorten in Wien (im 5., 10., 11., 19., und 21. Wiener Gemeindebezirk) ist das Institut für Erziehungshilfe eine Einrichtung, die psychologische Diagnostik, psychosoziale Beratung und tiefenpsychologisch orientierte psychotherapeutische Behandlungen von Kindern und Jugendlichen durchführt [vgl. Homepage Institut für Erziehungshilfe 2009, 1]. Das Institut für Erziehungshilfe verfügt

über einen Vertrag mit der WGKK (Wiener Gebietskrankenkasse) und somit fallen für die PatientInnen für die Behandlung keine Kosten an [vgl. Kontrollamt der Stadt Wien 2008, 60]. Das therapeutische Leistungsangebot setzt sich aus Psychotherapeutische Kurzintervention in Krisensituationen mit Erziehungsberatung der Eltern, psychologische Untersuchung beziehungsweise Diagnostik, ärztliche Untersuchung, Kinderpsychotherapien (einmal oder zweimal wöchentlich), Eltern/Kleinkind-Psychotherapien, Kindergruppen, therapiebegleitende Erziehungsberatung der Bezugspersonen, Erziehungsberatung und Motivationsarbeit mit Bezugspersonen, Familientherapie sowie Eltern/Müttergruppen und Pflegeelterngruppen zusammen [a.a.O., 61]. Der häufigste Vorstellungsgrund von Familien war in den letzten vier Jahren Erziehungsprobleme [vgl. Child Guidance 2008, 5]. Verhaltensschwierigkeiten in der Schule und Familienkrisen waren die zweithäufigsten Gründe des Aufsuchens [a.a.O.]. Unter anderem arbeitet das Institut für Erziehungshilfe mit dem „Netzwerk für Perinatale Krisen (PPD-Netzwerk)“ zusammen. Das PPD-Netzwerk ist eine multiprofessionelle Gruppe bestehend aus GynäkologInnen, PsychiaterInnen, PädiaterInnen, Hebammen, PsychotherapeutInnen, PsychologInnen und SozialarbeiterInnen. Zentrales Anliegen dieser Gruppe ist es, in Wien im Rahmen einer psychiatrischen Klinik auf die gemeinsame, stationäre Aufnahme von psychisch kranken Müttern und deren Säuglingen zu etablieren [vgl. Child Guidance 2008, 19].

5.7 Die „BOJE“ Ambulatorium für Kinder und Jugendliche in Krisensituationen

Das Ambulatorium bietet seine Dienste Kindern und Jugendlichen an, die von schweren emotionalen Belastungen und einschneidenden traumatisierenden Lebensereignissen betroffen sind (vgl. Ambulatorium für Kinder und Jugendliche in Krisensituationen 2007, 3). Die BOJE bietet Akuthilfe für Kinder und Jugendliche in Krisen. Das Ambulatorium steht Kindern und Jugendlichen bis 18 Jahren und deren Eltern beziehungsweise Bezugspersonen zur Verfügung. Die Leistungen können mittels e-Card in Anspruch genommen werden. Angeboten werden Krisenintervention, Diagnostik, kinderneuropsychiatrische Behandlung, Kurzzeittherapie, gelegentlich Langzeittherapie, Gruppentherapie und Arbeit mit Eltern beziehungsweise Bezugspersonen (a.a.O.). Weiters werden Beratung und Schulung von Berufsgruppen und Menschen angeboten, die täglich mit betroffenen Kindern und Jugendlichen arbeiten [vgl. Homepage, Die BOJE 2009, 2]. Das Team besteht aus PsychotherapeutInnen, PsychologInnen und ÄrztInnen, die langjährige Erfahrung in der Arbeit mit Kindern, Jugendlichen und deren Familien in schweren Krisensituationen haben. Sie folgen in ihrer Vorgehensweise der individualpsychologischen Tradition.

Im Jahr 2007 suchten insgesamt 1.097 PatientInnen die BOJE auf. Das Durchschnittsalter der Mädchen lag bei 11,3 Jahren und der Burschen bei 10,5 Jahren (vgl. Ambulatorium für Kinder und Jugendliche in Krisensituationen 2007, 8). An erster Stelle der Gründe des Aufsuchens stand der Tod von Angehörigen, gefolgt von psychischer oder psychischer Gewalt und psychischen Auffälligkeiten. Psychisch kranke Angehörige standen mit 5,93 % an achter Stelle der Vorstellungsgründe (vgl. Ambulatorium für Kinder und Jugendliche in Krisensituationen 2007, 9). Jedoch ist auch die BOJE keine spezialisierte Anlaufstelle für Kinder psychisch kranker Eltern, sondern eine allgemein tätige Hilfseinrichtung, die aber häufig von betroffenen Familien aufgesucht wird.

7.8 Zusammenfassung der bestehenden Hilfs- und Unterstützungsangebote für Kinder psychisch Kranker in Österreich

Es gibt in Österreich mittlerweile einige Angebote für Kinder psychisch kranker Eltern aufgrund regionaler Einzelinitiativen. So gibt es in den Bundesländern Salzburg (JOJO), Steiermark (S.I.N.N.), Niederösterreich (Familienberatungsstelle ANANAS), Vorarlberg (Kiesel) und in Tirol (Taka Tuka) spezialisierte Hilfsangebote. Bei den Projekten JOJO und Kiesel werden Beratung, Einzelsettings durch PsychologInnen und PädagogInnen sowie Kindergruppen angeboten. Das Projekt Taka Tuka bietet nur Einzelfallbetreuungen und eine Elternberatung für alle, das Kind betreffenden Fragen. Betreut werden Kinder im Schulalter von 6 bis 16 Jahren. Bei Taka Tuka werden auch schon Kindern ab 3 Jahren betreut. Die Initiative S.I.N.N. arbeitet eng mit dem steirischen Jugendamt zusammen und nach einer genauen Abklärung welche konkreten Unterstützungsmaßnahmen das Kind benötigt, wird ein individueller Förderplan erstellt und an das Jugendamt weitergeleitet. Hauptaufgabe von S.I.N.N. ist die Abklärung. Interventionen, wie beispielsweise Psychoedukation für die Eltern finden nur in geringerem Maße statt. Die Familienberatungsstelle ANANAS bietet Familienintensivbetreuung für Familien, in denen ein Elternteil psychisch erkrankt ist, an. In Niederösterreich ist das Angebot der Familienintensivbetreuung nicht direkt an das Jugendamt gekoppelt wie dies in Wien der Fall ist. So kann das Angebot je nach Bedarf freier variieren. Eine Betreuerin/ein Betreuer besucht ein oder zwei Mal in der Woche direkt die Familien. Weiters kommt einmal in der Woche eine Psychotherapeutin zu der betroffenen Familie. Im Zuge der Betreuung wird Aufklärungsarbeit mit den Kindern betrieben und es wird auch der gesunde Elternteil in die Arbeit mit einbezogen. Die Kinder- und Jugendarbeit der HPE in der Familienberatungsstelle Wien bietet Einzelbegleitung für betroffene Kinder und Jugendliche. Gearbeitet wird hauptsächlich mit Jugendlichen zwischen 15 und 18 Jahren.

Hier erfolgen vor allem Information, Aufklärung und Gespräche mit den betroffenen Jugendlichen. Weiters wird bei der HPE Wien und Innsbruck eine Selbsthilfegruppe für bereits erwachsene Kinder psychisch Kranker angeboten.

Im psychiatrischen Bereich gibt es stationäre Mutter-Kind Einrichtungen im Landesklinikum Waidhofen an der Thaya, in der Landesnervenklinik Sigmund Freud in Graz, auf der Psychiatrie des AKH Wien und am Franz-Josef Spital in Wien. Diese Angebote bestehen für postpartale Frauen und deren Kinder bis hin ins Krabbelalter. Das Department für perinatale Psychiatrie im Rahmen der Sozialpsychiatrischen Ambulanz des Otto Wagner Spitals in Wien bietet psychisch erkrankten Müttern und ihren Kindern Hilfe und Behandlung vor, während und nach der Geburt. Dabei handelt es sich um ein ambulantes Angebot. Das Behandlungsangebot reicht dabei von Einmalkontakten zur Krisenintervention bis hin zur Langzeitbetreuung der erkrankten Mütter. Bei den Mutter-Kind Einheiten werden in erster Linie die Mütter behandelt. Ihre Kinder werden in die Klinik mit aufgenommen, um einerseits die Trennung zu vermeiden und den Müttern andererseits die Möglichkeit zu geben den Umgang mit ihren Kindern zu „erlernen“. Somit konzentrieren sich diese Hilfs- und Unterstützungsangebote im psychiatrischen Bereich in erster Linie auf die erkrankten Mütter. Die Säuglinge und Kleinkinder werden nur als „Begleitpersonen“ mit aufgenommen.

Hilfs- und Unterstützungseinrichtungen, die nicht auf die Arbeit mit Kindern psychisch kranker Eltern spezialisiert sind, aber trotzdem sehr häufig in ihrer Tätigkeit mit dieser Zielgruppe konfrontiert sind, gibt es in Wien zahlreiche. So gibt es die Möglichkeit Kinder mit psychischen Störungen und Erkrankungen im psychiatrischen und psychotherapeutischen Bereich stationär, teilstationär und ambulant zu behandeln. Dies ist möglich in der Kinder- und Jugendpsychiatrie des AKH Wien, auf der Neurologischen Abteilung für Kinder und Jugendliche des Neurologischen Zentrums Rosenhügel, in den Ambulatorien der VKKJ, in der BOJE, die Child Guidance und in den Einrichtungen des PSD. Angeboten wird dort eine umfangreiche Diagnostik, Information und Therapie und ist kostenlos. Hilfs- und Unterstützungsangebote bietet auch das Amt für Jugend und Familie, die MAG ELF in Form von ‚sozialer Arbeit mit Familien‘, Eltern-Kind Zentren oder sozialpädagogischen Krisenzentren an. Erziehungsberatungsstellen und Eltern-Kind Zentren bieten Beratung, Information und Unterstützung zu allen erziehungsrelevanten Themen.

8. Ergebnisdarstellung

In diesem Kapitel werden alle Aussagen der InterviewpartnerInnen zu den jeweiligen einzelnen Kategorien zusammengefasst und einander gegenüber gestellt, um etwaige Gemeinsamkeiten und Unterschiede in den Aussagen feststellen zu können. Weiters wird versucht anhand der ausgewerteten Aussagen die Forschungsfrage „Wie sieht die derzeitige Situation für minderjährige Kinder von Eltern mit einer psychischen Erkrankung bezüglich Hilfs- und Unterstützungsangeboten in Österreich – im besonderen in Wien als Landeshauptstadt - aus?“ zu beantworten.

8.1 Auswertungen ExpertInneninterviews

8.1.1 Übersichtstabelle ExpertInnen (in alphabetischer Reihenfolge)

Frau Mag. Vera Baubin, HPE Wien
Frau Mag. Baubin ist bei HPE Wien als Pädagogin beschäftigt. Sie ist Leiterin der Selbsthilfegruppe für junge Erwachsene, deren Mutter oder Vater psychisch erkrankt ist. Weiters bietet sie Beratungen und Unterstützung für Jugendliche an, die einen psychisch kranken Elternteil haben.
Frau Dr. Gertrude Bogyi, Kinder- und Jugendpsychiatrie AKH Wien
Frau Dr. Bogyi ist klinische Psychologin und individualpsychologische Psychotherapeutin an der Universitätsklinik für Neuropsychiatrie des Kindes- und Jugendalters des AKH Wien. Weiters ist sie die psychotherapeutische Leiterin der BOJE - Ambulatorium für Kinder und Jugendliche in Krisensituationen.
Herr Prof. Dr. Karl Dantendorfer, Pro Mente Wien
Herr Prof. Dr. Dantendorfer ist Facharzt für Psychiatrie und Neurologie, Psychotherapeut – Individualpsychologie. Er besitzt das PSY III Diplom der ÖÄK und ist gerichtlich zertifizierter und beeideter Sachverständiger für Psychiatrie und Psychotherapie. Seine derzeitigen Tätigkeiten sind Chefarzt des Psychosozialen Dienstes (PSD) des Burgenlandes, Psychiatriekoordinator des Burgenlandes sowie Obmann der Vereine pro Mente Wien und pro Mente Burgenland. Weiters führt er eine Privatordination im Therapiezentrum Hernalser Hauptstraße in 1170 Wien. Er hat einen Lehrauftrag an der Medizinischen Universität Wien.

Frau Dr. Dimova, Herr Dr. Pretis, Initiative S.I.N.N.

Frau Dr. Aleksandra Dimova ist Fachärztin für Psychiatrie, Coach und Projektmanagerin. Die Schwerpunkte ihrer Arbeit sind: psychische Erkrankungen, Kinder psychisch kranker Eltern zu stärken und Ressourcenorientiertes Coaching. Sie verfügt über eine Ausbildung im Bereich Gestalttherapie und sie ist Mitautorin des Buches: Pretis M, Dimova A.(2004): Frühförderung mit Kindern psychisch kranker Eltern München: Reinhardt Verlag.

Ihr Mann Herr Dr. Manfred Pretis ist Klinischer Psychologe, Heilpädagoge und Unternehmensberater. Weiters ist Herr Pretis als Gerichtsgutachter tätig. In Zuge dieser Tätigkeit werden Gutachten im Bereich Kinder- und Jugend beziehungsweise familienpsychologische Gutachten bei Obsorge und Pflegschaftssachen erstellt sowie heilpädagogische Gutachten im Rahmen der Erhebung individuellen Hilfebedarfs und die Erstellung internationaler Expertisen im Bereich Frühförderung. Gemeinsam leiten sie die Initiative S.I.N.N. in Graz. Herr Dr. Pretis ist Autor des Buches „Frühförderung mit Kindern psychisch kranker Eltern“ und zahlreicher Publikationen.

Frau Mag. Renate Doppel, Verein ANANAS

Frau Mag. Doppel ist klinische Psychologin und Gesundheitspsychologin, weiters ist sie als psychoanalytisch-pädagogische Erziehungsberaterin tätig und leitet gemeinsam mit Frau Mag. Alexandra Horak eine psychoanalytisch-pädagogische Beratungsstelle in Breitenfurt. Im Zuge ihrer Arbeit als Familienintensivbetreuerin entwickelte sie gemeinsam mit Herrn Dr. Klaus Lienbacher das Konzept „Familienintensivbetreuung bei psychisch kranken Eltern“. Dieses Projekt gewann 2006 den 3. Platz des Gesundheitspreises der Stadt Wien.

Herr Prim. Dr. Ingo Grumiller, PSD Wien Donaustadt

Herr Prim. Dr. Grumiller ist der ärztliche Leiter des Sozialpsychiatrischen Ambulatoriums Donaustadt des PSD Wien. Er ist eingetragener Psychotherapeut und Facharzt für Psychiatrie.

Frau Dr. Christine Koska, BOJE

Frau Dr. Koska absolvierte die Ausbildung zur Praktischen Ärztin und zur Fachärztin für Psychiatrie und Neurologie in Wien sowie die Ausbildung zur Fachärztin für Kinder- und Jugendneuropsychiatrie im Landeskrankenhaus Klagenfurt und am Heilpädagogischen Zentrum Hinterbrühl. Weiters hat sie eine Ausbildung zur Psychotherapeutin nach der individualpsychologischen Schule absolviert. Sie arbeitete am Heilpädagogischen Zentrum

Hinterbrühl und war Mitarbeiterin bei dem Projekt „Präventive Betreuung Kinder psychisch kranker Eltern“, das unter der Leitung von Dr. Peter Stöger vom Gesundheitsforum NÖ von 1992-1998 lief. Zurzeit ist sie als Fachärztin und Psychotherapeutin in der BOJE tätig.

Frau Dr. Claudia Reiner-Lawugger, Department für perinatale Psychiatrie am Wiener Otto-Wagner-Spital

Frau Dr. Reiner-Lawugger ist Fachärztin für Psychiatrie, Ärztin für Psychotherapeutische Medizin und Psychotherapeutin (integrative Gestalttherapie). Sie ist am Otto Wagner-Spital auf der II. Psychiatrischen Abteilung der Baumgartner Höhe tätig. Frau Dr. Reiner-Lawugger hat die Spezialambulanz des „Departements für perinatale Psychiatrie“ aufgebaut und leitet diese. Weitere Schwerpunkte in ihrer Arbeit liegen auf Konsiliar- und Liaisontätigkeit mit der Säuglingspsychosomatik der Pädiatrischen Abteilung WSP/Glanzing. Weiters ist sie in der Fortbildung und Schulung zur Thematik bei ÄrztInnen, Hebammen, Pflegepersonal, MA11 tätig. Sie ist auch Mitarbeiterin im Netzwerk postpartale Depression Wien. 2004 erhielt sie den Gesundheitspreis der Stadt Wien „Psychiatrische Betreuung von Schwangeren und jungen Müttern in psychischen Krisen“.

Frau DSA Herta Staffa, MAG ELF – Amt für Jugend und Familie

Frau DSA Staffa ist ausgebildete Kindergartenpädagogin und diplomierte Sozialarbeiterin mit einem Zusatzdiplom für Organisationsentwicklung. Sie ist seit 1978 in verschiedenen Funktionen in Jugendamt Wien tätig und seit Februar 2008 Öffentlichkeitsarbeiterin und Sprecherin der MAG ELF – des Amtes für Jugend und Familie.

Herr Prim. Dr. Klaus Vavrik, Sozialpädiatrisches Ambulatorium Fernkorngasse

Herr Prim. Dr. Vavrik ist Facharzt für Kinder- und Jugendheilkunde, Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapeut. Seine Spezialgebiete sind Entwicklungsdiagnostik, Neuropädiatrie, Jugendmedizin und Psychosomatik. Er ist der ärztliche Leiter des Ambulatoriums für Sozialpädiatrie und Entwicklungsneurologie der VKKJ in der Fernkorngasse in Wien. Er hat Lehraufträge an der Medizinischen Universität Graz, an der Paracelsus Universität Salzburg und der Universität für Musik und darstellende Kunst in Wien. Er ist Leiter der AG Entwicklungs- und Sozialpädiatrie der Österreichischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendheilkunde. Prim. Dr. Vavrik ist Mitbegründer der Österreichischen Liga für Kinder- und Jugendgesundheit.

**Frau Prim. Dr. Margit Wrobel, Sozialmedizinisches Zentrum Baumgartner Höhe,
Otto-Wagner-Spital**

Frau Prim. Dr. Wrobel ist Fachärztin für Psychiatrie und Neurologie, Ärztin für psychotherapeutische Medizin in Supervision und hat ein ÖÄK-Diplom für Umweltschutzmedizin. Sie ist Vorstandsmitglied der Österreichischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (ÖGPP) und Vorstandsmitglied der Österreichischen Gesellschaft für biologische Psychiatrie. Weiters ist sie Vorsitzende der Österreichweiten Prüfungskommission für die Facharzt-Prüfung. Seit September 2003 ist sie ärztliche Leiterin der V. psychiatrischen Abteilung des Sozialmedizinisches Zentrum Baumgartner Höhe – Otto Wagner Spital mit Pflegezentrum.

K1 Hilfs- und Unterstützungsangebote für Kinder psychisch Kranker

Alle befragten ExpertInnen gaben an, in ihrer Arbeit häufig mit minderjährigen Kindern, die psychisch kranke Eltern haben, direkt oder indirekt konfrontiert zu sein - auch in den nicht zielgruppenspezifischen Einrichtungen. Frau Dr. Bogyi: *„Ja, sehr häufig. Weil gerade bei unserem stationären Klientel, da findet man das sehr häufig. Eltern entweder mit einer schweren Persönlichkeitsstörung in Richtung Borderline Symptomatik, oder aber auch viele depressive Eltern, Eltern mit Suchterkrankungen, manchmal auch psychotische Eltern.“*

(Bogyi S. 2, 06:04) Herr Prim. Dr. Vavrik: *„Das haben das wir jetzt nicht als Anlaufstelle, aber es ist natürlich ständig schon ein Begleitthema, immer wieder.“* (Vavrik S. 3, 09:10)

Spezielle Angebote für diese Zielgruppe bieten in ganz Österreich aber nur verhältnismäßig wenige Einrichtungen an, wie der Verein ANANAS: Fr. Mag. Doppel: *„Ja, das ist unser Schwerpunkt. Nachdem es bei der Familienintensivbetreuungen ja darum geht, ... da geht es eigentlich wirklich darum, dass eine Heimunterbringung ansteht oder eine Kindesabnahme.“*

(Doppel S. 2, 04:35) Projekte, die sich mit der Problematik befassen beziehungsweise befasst haben, wurden aber größtenteils wieder eingestellt, der Grund: Mangel an finanziellen Ressourcen und Kapazitäten. Die Einrichtungen, die es in den Bundesländern gibt wie beispielsweise Taka Tuka, S.I.N.N., JOJO, Mutter-Kind Einheiten oder Kiesel sind mehr oder weniger alles Einzelinitiativen und stellen somit nur einen ‚Tropfen auf den heißen Stein‘ dar. Frau Dr. Reiner-Lawugger: *„Ja, es geht irgendwie ganz schlecht. Wir haben nur den ambulanten Bereich. Aber so haben wir wenigstens diese eine Stelle derzeit.“* (Reiner-Lawugger S. 4, 12:49) Die meisten Angebote beziehen sich auf die erkrankten Erwachsenen und nicht auf die Kinder, als betroffene Angehörige. Aber es wird mittlerweile auch in der

Erwachsenenpsychiatrie immer häufiger auf die bestehenden Familienverhältnisse geachtet. Frau Prim. Dr. Wrobel: Bei der Anamnese wird gleich nachgefragt: „Gibt es Kinder? Wo sind die Kinder jetzt? Was machen sie? Ist da Jugendamt schon dran oder gibt es da einen Partner, der darauf schaut oder Eltern?“ (Wrobel S. 2, 05:23) Die Kinder selbst werden aber nicht in die Therapie miteinbezogen. Nur in Form von Angehörigengesprächen. Es gibt für die V. psychiatrischen Abteilung des Sozialmedizinisches Zentrum Baumgartner Höhe keine speziellen Konzepte für gemeinsame Mutter-Kind Behandlungen oder stationäre Mutter-Kind Unterbringungen. Frau Prim. Dr. Wrobel: „Es hat einmal die Überlegung gegeben: Was möchten wir machen, wenn wir übersiedeln in die Krankenanstalt Rudolfstiftung. Wir wissen aber, dass es an anderen Abteilungen konkrete Konzepte gibt.“ (Wrobel S. 3, 07:51)

In gezielten Einrichtungen wie der HPE Wien, dem Verein ANANAS oder der Initiative S.I.N.N. stehen die Beratung, Information und Unterstützung der betroffenen Familien an erster Stelle. Frau Mag. Baubin: „Ich habe vor allem Information, Aufklärung und ein Stück weit Gespräch über das, was zu Hause statt findet, angeboten.“ (Baubin S. 2, 10:40) Wie diese Unterstützung genau aussieht ist individuell gestaltet und abhängig von den jeweiligen Möglichkeiten und Ressourcen. Herr Dr. Pretis: „Wir unterstützen einerseits durch eine sehr maßgeschneiderte Diagnostik, sei es Bindungsdiagnostik, Spieldiagnostik, Entwicklungsdiagnostik, psychiatrische Anamnese. Wir unterstützen durch Psychoedukation der Eltern und vor allem des Systems, das heißt Großeltern, Onkeln, Tanten usw.“ (Pretis S. 5, 10:51) Meist geht es in erster Linie um Krisenintervention, wobei die meisten Befragten den Wunsch haben, mehr präventiv tätig sein zu können, um dadurch in der Lage zu sein, Krisen schon im Vorfeld abzufangen. Präventive Angebote in Wien, an die sich betroffene Kinder wenden, gibt es mit Ausnahme der HPE keine. Frau Mag. Baubin: „Also ich hab so grundsätzlich das Gefühl, wir hier in der HPE bekommen sogar eine Anteil der Präventivfälle mit.“ (Baubin S. 3, 08:13)

K1.1 Weiterempfehlungen an und Zusammenarbeit mit anderen Institutionen

Es gibt Kooperation zwischen den einzelnen Einrichtungen, in denen die interviewten Fachleute tätig sind. Weiterempfehlungen gestalten sich aber schwierig, da es speziell für Kinder psychisch Kranker sehr wenige beziehungsweise in Wien sogar nur eine Anlaufstelle (HPE) gibt. Am häufigsten wird in Wien an die BOJE weiterverwiesen sowie an das Institut für Erziehungshilfe – Child Guidance Clinic, an niedergelassene FachärztInnen, die Ambulatorien der VKKJ und gegebenenfalls an stationäre oder ambulante Einrichtungen und an das Jugendamt. Herr Prim. Dr. Grunmiller: „Also ich kenne ja nur die Möglichkeiten des

Jugendamt und das ist die Child Guidance Clinic.“ (Grumiller S. 6, 15:43) Wobei die Zusammenarbeit mit dem Jugendamt eher vermieden wird, da oft bei betroffenen Familien große Angst und Unsicherheit bezüglich der Vorgangsweise des Jugendamtes besteht und so von den Eltern oft der Wunsch geäußert wird, das Jugendamt nicht mit einzubeziehen. Frau Prim. Dr. Wrobel: *„Das geschieht nur dann, wenn wir von uns aus die Notwendigkeit sehen: Da sollte man das Jugendamt verständigen. Aber nicht, wenn jemand in einer psychischen Krise ist. Halte ich auch für überzogen, muss ich sagen.“* (Wrobel, S. 3, 05:55) Die ExpertInnen beurteilen die Zusammenarbeit mit dem Jugendamt aber als durchaus gut, wobei eine gelungene Zusammenarbeit sehr häufig von den jeweiligen betreuenden SozialarbeiterInnen abhängig ist. Frau Dr. Bogyi: *„Wir haben mit manchen Sozialarbeiterinnen sehr, sehr gute Erfahrungen, mit anderen klappt es wieder nicht.“* (Bogyi S. 4, 14:45) Auch die Zusammenarbeit zwischen der Erwachsenenpsychiatrie und der Kinder- und Jugendpsychiatrie wird als bislang unzureichend bezeichnet. Frau Dr. Bogyi: *„Die Zusammenarbeit mit der Erwachsenenpsychiatrie ist sicherlich ... könnt sie immer noch mehr und noch besser sein.“* (Bogyi S.2, 07:29)

K2 Psychosoziale Versorgung für Kinder psychisch Kranker in Österreich

Der Großteil der befragten ExpertInnen sind der Meinung, dass die psychosoziale Versorgungslage für Kinder mit psychischen Problemen schlecht bis unzureichend ist. Frau Dr. Bogyi: *„Zu wenig. Absolut viel zu wenig. Da könnte man sicherlich auf allen Ebenen - oder wäre ganz viel mehr notwendig.“* (Bogyi S. 4, 15:05) Es gibt viel zu wenig Plätze für Kinder und Jugendliche im ambulanten sowie im stationären Bereich. Frau Dr. Reiner-Lawugger: *„Für Kinder, die psychische Probleme haben, ist die Versorgung in Wien schlecht, weil das nur für Eltern möglich ist, die sich das leisten können. Die Plätze, die es gibt für Kinder, wo das bezahlt wird, die sind gering.“* (Reiner-Lawugger S. 7, 22:27) Es bestehen viel zu lange Wartezeiten und die Kosten für Therapieplätze sind zu hoch und erschweren somit die Situation für betroffene Kinder. In den Bundesländern ist die Situation etwas entspannter, da es mehr gut funktionierende Modellprojekte und Einzelinitiativen gibt, als in Wien. Wien würde Einwohnerzahl bedingt wesentlich mehr Ressourcen und Kapazitäten für die (psychosoziale) Versorgung von Kindern und Jugendlichen benötigen als derzeit zur Verfügung stehen (vgl. Kontrollamtsbericht 2008).

Aber nach Aussagen einiger ExpertInnen hat sich die Lage gegenüber früher schon wesentlich verbessert und wird auch Zusehens immer besser. Herr Prof. Dr. Dantendorfer: *„Na ja, da kann man nur zwei Sätze dazu sagen: Sie ist nicht so schlecht wie sie dargestellt wird und sie*

ist nicht so gut wie sie sein sollte. Also es gibt sicherlich einen ungedeckten Bedarf und es gibt auf der anderen Seite eine Fülle von Angeboten und der Großteil dieser Angebote macht hervorragende Arbeit.“ (Dantendorfer S. 4, 10:51) Frau Dr. Koska: *„In den einzelnen Instituten ist es jetzt nicht mehr so arg.“* (Koska S 2, 04:34) Herr Dr. Pretis: *„Wir sind erst am Beginn, wohl aber Tendenz steigend.“* (Pretis S. 9, 19:54)

K3 Bewusstsein der Fachöffentlichkeit für die Problematik

Bisher besteht nach Meinung der ExpertInnen immer noch ein viel zu geringes Bewusstsein bei der Fachöffentlichkeit für die Problematiken und Bedürfnisse von Kindern mit psychisch kranken Eltern. Frau Dr. Dimova: *„Ich denke die Einschätzung der Stresssituation ist noch nicht ausreichend.“* (Dimova S. 10. 22:10) Herr Prim. Dr. Vavrik: *„Aber die Fachöffentlichkeit, jetzt im Sinn von Berufsgruppen, die damit zu tun hätten, glaube ich sind ganz gering. Ich glaube da gibt es fast niemanden.“* (Vavrik S. 10, 24:54) Allerdings lässt sich in den letzten Jahren sehr wohl anhand von vermehrter Literatur und mehr Forschungsarbeiten zu dem Thema ein gesteigertes Interesse und Aktivität ausmachen. Vor allem in der Erwachsenenpsychiatrie wäre eine Sensibilisierung für das Thema, nach Aussagen von ExpterInnen, dringend notwendig. Herr Prim. Dr. Grumiller: *„Es fehlt einfach noch die Sensibilisierung von der Fachöffentlichkeit.“* (Grumiller S 6., 17:38) Genauso wie auch die Sensibilisierung und Aufklärung der Bevölkerung über psychische Erkrankungen wichtig wäre, um einer Stigmatisierung – nicht nur der Erkrankten selbst, sondern auch deren Kindern entgegen zu arbeiten. Frau Prim. Dr. Wrobel meint dazu: *„Nicht nur eine Sensibilisierung der Fachöffentlichkeit, sondern der Bevölkerung“* wäre notwendig. (Wrobel S. 8, 19:46)

K4 Defizite in der psychosozialen Versorgung

Kinder psychisch kranker Eltern stellen bislang noch keine Zielgruppe für psychosoziale Interventionen dar. Das, was in Wien fehlt, ist nach Prim. Dr. Vavrik und Prof. Dr. Dantendorfer ein „Masterplan“, ein Gesundheitskonzept für Erwachsene und auch für Kinder im medizinischen und im psychiatrischen Bereich. Herr Prof. Dr. Dantendorfer: *„Das Hauptproblem in Wien ist, dass es keine integrierte Psychiatrieplanung gibt - das betrifft den Erwachsenen und Kinderbereich - und dass es nicht einheitlich ist. Da es auch zu viele Träger gibt.“* (Dantendorfer S. 3, 7:43) Nach Aussagen von Frau Dr. Bogyi, Frau Dr. Koska, Herrn Prim. Dr. Vavrik und Frau Dr. Reiner-Lawugger gibt es in Wien eindeutig zu wenig stationäre und ambulante Therapieplätze für Kinder. Die finanzielle Leistbarkeit von

Therapien für Kinder ist für viele Familien ein Problem. Daher auch die dringende Forderung der Österreichischen Liga für Kinder und Jugendgesundheit für kostenfreie Therapieplätze für Kinder. In Wien mangelt es an finanziellen Ressourcen und Kapazitäten für die psychosoziale Versorgung von Kindern. Frau Dr. Bogyi: *„Wir haben eindeutig zu wenig stationäre Plätze, daher haben wir immer eine Warteliste.“* (Bogyi S. 1, 05:24) Frau Dr. Reiner-Lawugger: *„... aber es sind keine Posten dazugekommen! Und das ist jetzt der Knackpunkt. Also entweder wir bekommen jetzt eine Ausstattung für diese Ambulanz oder wir bekommen sie nicht. Wenn wir sie nicht bekommen, werden wir sie schließen.“* (Reiner-Lawugger S 1., 02:03) Aufgrund von Bettenmangel in der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist eine Unterbringung von Kindern und Jugendlichen in der Erwachsenenpsychiatrie in Wien öfters erforderlich. Frau Dr. Koska: *„Wenn das AKH keine Betten hat, schicken die weiter zum Rosenhügel und wenn der Rosenhügel kein Bett hat, landen sehr viele Jugendliche vorübergehend auf der Erwachsenenstation am Steinhof. Das ist halt äußerst problematisch.“* (Koska S. 4, 09:25) Herr Prim. Dr. Vavrik meint, dass die Rolle des Jugendamtes in Wien zu „unklar“ sei.: *„Wenn man sagt: Das Jugendamt fühlt sich zuständig für Familienintensivbetreuung, wird diese vor Ort angeboten. Wir können immer darauf warten, bis die Leute zu uns kommen aber gerade psychisch kranke Eltern, die in einem depressiven Schub sind oder suizidal, die kommen dann nicht her und holen sich Hilfe, sondern die brauchen vor Ort Betreuung und das haben wir vom Setting nicht. Und wenn dann das Jugendamt klarere Position beziehen würde, könnten wir auch eine klarere Rolle einnehmen.“* (Vavrik S. 4, 09:10) Eine Kooperation für Fachleute mit dem Wiener Jugendamt gestaltet sich daher oft schwierig. Das Jugendamt ist sich der Angst und Unsicherheit der Familien ihnen gegenüber durchaus bewusst. Frau DSA Staffa: *„Eine ganz entspannte Kontaktaufnahme ist natürlich bei uns nicht möglich, nämlich aus Sicht der Klienten, weil sie immer Angst haben, das Kind kommt weg. Und ich kann ihnen auch nicht versprechen, dass dem nicht so ist! Ich kann nicht sagen: Wenn sie zu uns kommen, kümmern wir uns, aber sie bekommen keine Garantie mit: Das Kind wird immer bei ihnen bleiben können. Das kann niemand bei uns. Weil wir sozusagen die Einrichtung sind, die im Fokus den Kinderschutz hat.“* (Staffa S. 4, 11:02) Das Jugendamt in Wien ist von seiner Seite her, um die Kooperation mit den Fachleuten bemüht. Frau DSA Staffa: *„Man bräuchte dann schon die Hilfe von Fachleuten, die ja dem Kind altersgerecht erklären können, was da sich gerade bei der Mama oder dem Papa abspielt. Und was da los ist und dass das nichts mit dem Verhalten des Kindes zu tun hat.“* (Staffa S. 7, 17:06)

Die SozialarbeiterInnen der MAG ELF, die letzten Endes mit den betroffenen Familien arbeiten, sind nach Meinung der ExpertInnen für solche komplexen Problemstellungen wie

„psychische Erkrankungen in der Familie“ nicht ausreichend qualifiziert. Frau Mag. Doppel: *„Und auch das Problem, dass ganz, ganz wenig Knowhow bei den Leuten da ist, die dann letzten Endes mit den Familien arbeiten. Da hat man offensichtlich an Fortbildung und Ausbildung gespart.“* (Doppel S. 11, 33:11) Auch Frau Prim. Dr. Wrobel ist der Ansicht: *„Das ist das Hauptproblem beim Jugendamt. Die SozialarbeiterInnen sind einfach nicht qualifiziert dafür. Sie sind auch selber überfordert.“* (Wrobel S. 6, 15:29) Sie haben zu wenig Fachwissen, um mit dieser Problematik umgehen zu können. Es bedarf daher einer Fortbildung und Ausbildung, um adäquate Entscheidungen treffen zu können beziehungsweise müssten sich die SozialarbeiterInnen in ihrer Tätigkeit besser mit den bereits involvierten Fachleuten vernetzen und sich beispielsweise von ihnen aufklären oder informieren lassen, denn ein weiteres Problem für die MitarbeiterInnen des Jugendamtes ist nach Frau DSA Staffa, *„bei den Eltern eine Akzeptanz dafür zu erwirken, dass fachärztliche Hilfe nötig ist.“* (Staffa S. 3, 08:18)

K4.1 Bedarf an Hilfe und Unterstützung für betroffene Kinder und deren Familien

Der Austausch der Fachkräfte untereinander ist nach Meinung der ExpertInnen immer noch zu gering. Es bedarf daher in der Arbeit mit Kindern psychisch Kranker einer Vernetzung der Fachleute untereinander und der Kooperation. Frau Mag. Baubin: *„Ich glaube, dass Vernetzung fast an erster Stelle steht.“* (Baubin S. 7, 22:59) Die bereits bestehenden Angebote müssten besser zusammengefasst und koordiniert werden. Wenn die Kooperation zwischen den beteiligten Fachleuten funktionieren würde, könnte jeder sich die notwendigen Informationen, die ihm persönlich nicht zur Verfügung stehen, von anderen Stellen holen. Frau Dr. Reiner-Lawugger zu einer Vernetzung der Fachleute untereinander: *„Die Vernetzung funktioniert schlecht. Jeder kämpft irgendwo alleine, weil man mit so unterschiedlichen Strukturen zu tun hat. Vielleicht ist es auch, weil wir Bundesländer mäßig so unterschiedlich verteilt sind.“* (Reiner-Lawugger S. 8, 26:32) Daher wäre eine Vernetzung untereinander sowie ein *interdisziplinäres* Arbeiten mit Kindern psychisch kranker Eltern wichtig, denn Frau Mag. Doppel: *„Wenn man sich wirklich ernsthaft mit der Arbeit mit psychisch kranken Eltern auseinandersetzt, dann ist es klar, dass da mehrere Bereiche zusammenarbeiten müssen. Das ist kein rein medizinischer Bereich, das ist kein rein psychotherapeutischer Bereich, das ist kein rein pädagogischer und kein rein psychologischer. Da müssen wirklich mehrere Disziplinen - und zwar gleichrangig - zusammenarbeiten.“* (Doppel S. 9, 28:27) Dies könnte beispielsweise in Form einer interdisziplinären Koordinationsstelle oder einer ersten spezialisierten Anlaufstelle für diese Zielgruppe umgesetzt werden. In Wien fehlt eine solche

Anlaufstelle. Frau Mag. Baubin: *„Aber es gibt keinen ersten Ansprechpartner oder eine Stelle um zu sagen, mit dieser Auffälligkeit kann ich da anrufen, kann ich mich an den wenden.“* (Baubin S. 7, 22:59) Fachleute stimmen der Notwendigkeit einer solchen spezialisierten Anlaufstelle weitgehend zu. Frau Dr. Bogyi: *„Das kann ich nur unterstützen, weil das wäre dringend notwendig.“* (Bogyi S. 3, 12:05) Auch Frau Mag. Doppel meint: *„Gar keine Frage. Aber wirklich auch in einem multiprofessionellen Team.“* (Doppel S. 13, 41:45) Auch Herr Dr. Pretis ist der Ansicht, dass: *„Ich denke es braucht eine identifizierbare Stelle. Eine Stelle, die genau mit dem Thema identifiziert wird.“* (Pretis S. 11, 25:52) Herr Prof. Dr. Dantendorfer meint hingegen: *„Bevor ich jetzt sage, wir brauchen jetzt noch 15 dies oder 15 jenes, bevor ich das fordere, fordere ich erst einmal: schauen wir erst einmal, wie wir mit dem was wir haben bessere Wirkung erzielen können. Ich halte nichts davon immer wieder neue Kleinststrukturen zu schaffen.“* (Dantendorfer S. 5, 13:39)

Nach Meinung von Frau Dr. Reiner-Lawugger wäre eine interdisziplinäre Station notwendig und eine erste Anlaufstelle wichtig: *„Eine zentrale Anlaufstelle in dieser Vernetzungsgeschichte wäre vernünftig.“* (Reiner-Lawugger S. 11, 04:17) Auch Mutter-Kind Einheiten in psychiatrischen Kliniken wären gewünscht. Frau Prim. Dr. Wrobel: *„Ich halte es für dringend notwendig, dass es solche Mutter-Kind Einheiten gibt.“* (Wrobel S. 3, 07:51) Aufgrund der mangelnden finanziellen Ressourcen und Kapazitäten besteht ein erhöhter Bedarf an stationären und ambulanten Therapieangeboten für Kinder mit psychischen Problemen sowie eine finanziell leistbare Versorgung bei niedergelassenen ÄrztInnen und TherapeutInnen. Herr Prim. Dr. Vavrik: *„Bessere Vernetzung, mehr Ressourcen. Also genug Kapazität der Angebote in Wien wäre fein.“* (Vavrik S. 3, 06:28; S. 7, 20:15) Präventive Angebote wären wünschenswert, sind realistisch gesehen aber sehr schwer finanzierbar. Woran es in Wien besonders mangelt nach Frau Dr. Koska: *„Beratungsstellen, Therapie also so zu sagen Langzeittherapiemöglichkeiten und sicher auch einfach Kinder- und Jugendpsychiatrische Ambulanzplätze und Stationsplätze.“* (Koska S. 3, 08:40)

Ein weiterer wichtiger Schritt wäre die Enttabuisierung von psychischen Erkrankungen, um für betroffene Familien eine Stigmatisierung und Ausgrenzung zu verhindern. Dafür ist eine Sensibilisierung der Fachöffentlichkeit einerseits und der Bevölkerung andererseits notwendig.

8.2 Auswertungen Elterninterviews

8.2.1 Übersichtstabelle ExpertInnen

Frau A.
Frau A. ist 1969 geboren. Sie hat drei Kinder und ist verheiratet. Die Tochter ist 2 Jahre, der jüngere Sohn ist 8 Jahre und der ältere Sohn ist 9 Jahre alt. Vor ihrem 20. Lebensjahr wurde bei ihr eine Bipolare Störung diagnostiziert. Seit ungefähr 1,5 Jahren ist sie ihrer Aussage nach ‚medikamentös sehr gut eingestellt‘. Von ihrer Ausbildung her ist sie Schauspielerin, übt ihren Beruf aber aufgrund ihrer Kinder und der Erkrankung derzeit nicht aus.
Frau B.
Frau B. ist 1968 geboren und sie hat eine Tochter, die heute 19 Jahre alt ist. Frau B. hatte auf Grund der schwierigen persönlichen Situation und der Trennung vom Kindesvater während der Schwangerschaft im Alter von 21 Jahren eine schwere psychische Krise, die mit Depressionen und einem Suizidversuch einhergingen. Damals lebte sie mit ihrer Tochter bei ihren Eltern am Land. Später als die Tochter 8 Jahre alt war, hatte sie noch eine relativ kurze Episode, die nach ihrer Aussage aber ‚lange nicht so schlimm‘ war als die vorhergegangene. Die letzte aktuelle Krise hatte sie als ihre Tochter bereits 18 Jahre alt war.
Frau C.
Frau C. ist 1965 geboren und hat drei Kinder. Die älteste Tochter ist 16 Jahre, der Sohn ist 14 Jahre und die jüngste Tochter ist 12 Jahre alt. Die Kinder leben bei der Mutter. 1998 ließ sie sich von ihrem Mann scheiden und lebt seither von ihrem Mann getrennt. Die Belastungen durch die sehr schwierige Scheidung waren Ursache für ihre psychischen Probleme. Frau C. hatte mehrere Burn Outs und leidet unter einer Bipolaren Störung. Frau C. arbeitete lange Zeit freiberuflich in einem Kindergarten. Auf Grund ihrer Erkrankung ist sie zurzeit freigestellt.
Frau D.
Frau D. ist 1960 geboren. Sie ist verheiratet und hat eine Tochter, die heute 22 Jahre alt und diplomierte Krankenschwester ist. Frau D. leidet an einer diagnostizierten Borderline Störung mit Selbstverletzungstendenzen. Weiters hört sie Stimmen und hat auch haptische Halluzinationen. Frau D. wurde als Zwitter geboren, daher war ihre Kindheit geprägt von zahlreichen Spitalsaufenthalten. Als sie selbst ein Kind war litt ihre Mutter an Krebs. Über mehrere Jahre wurde sie in ihrer Kindheit von ihrem alkoholkranken Stiefvater sexuell missbraucht. Aufgrund der Belastungen konnte Frau D. nur eine Sonderschule besuchen. Sie ist sehr frühzeitig von zu Hause ausgezogen. Nach 3 Fehlgeburten wurde ihre Tochter frühzeitig geboren. Frau D. war 10 Jahre lang als Tagesmutter tätig und später für 4 Jahre als

Betreuerin in einem Behindertenwohnheim. Aufgrund eines Arbeitsunfalls musste sie ihre Tätigkeit aufgeben. Heute ist sie auf Grund ihrer physischen und psychischen Einschränkungen nicht mehr tätig.

Frau E.

Geboren ist Frau E. 1963. Sie ist verheiratet und hat einen Sohn, der 2003 geboren ist. Sie und ihr Mann sind studierte Diplomingenieure. Während des Krieges im ehemaligen Jugoslawien sind sie nach Wien geflüchtet. Auf Grund der psychischen Belastungen durch den Krieg und den Verlust der Mutter wurde bei Frau E. eine posttraumatische Belastungsstörung (PSB) diagnostiziert. In die zweite schwere psychische Krise geriet Frau E. als ihr Sohn 2005 in den Kindergarten kam. Sie führt mit ihrem Mann gemeinsam ein Geschäft in Wien.

Herr F.

Herr F. ist 1944 geboren. Er hat zwei Söhne. Der ältere Sohn ist mittlerweile 44 Jahre und der jüngere Sohn ist heute 12 Jahre alt. Der ältere Sohn hat bereits selbst 3 Kinder. Herr F. ist nach seinen Aussagen „schwerer Alkoholiker“. Als sein jüngerer Sohn geboren wurde, war Herr F. noch mitten in seiner Sucht. Jetzt ist er seit 8 Jahren trocken. Herr F. ist nicht mit der Mutter seines jüngeren Sohnes verheiratet. Sie leben getrennt, aber Herr F. pflegt einen sehr regen und intensiven Kontakt zu seinem Sohn.

Herr G.

Herr G. ist 1955 geboren. Er ist verheiratet und hat zwei Kinder. Tochter ist heute 23 Jahre alt und Sohn ist 26 Jahre. Herr G. hat Depressionen und Angstzustände. Vor neun Jahren wurde er auf Grund seiner Erkrankung frühpensioniert. Begonnen hat die Erkrankung bereits in der Kindheit, da auch seine Mutter an Angstzuständen litt. Herr G. arbeitet heute bei einem Selbsthilfeverein in Wien.

K5 Lebenssituation der Familie

Depression, Bipolare Störung, Borderline, posttraumatisches Belastungssyndrom und Alkoholismus sind die Erkrankungen der befragten Eltern. Befragt wurden fünf Mütter und zwei Väter. Bei Ausbruch der Erkrankung waren alle ihre Kinder minderjährig. Bei vier der sieben Befragten bestand die Erkrankung bereits vor der Geburt ihrer Kinder beziehungsweise entstand während der Schwangerschaft. Insgesamt handelt es sich um 12 betroffene Kinder. Vier Kinder waren im Alter zwischen 1,5 und 5 Jahre als die Eltern erkrankten und nur ein Kind war damals bereits 17 Jahre alt. Nur zwei Mütter sind allein erziehend, ein Vater ist getrennt lebend und die anderen Befragten haben Ehe-/PartnerInnen. Alle befragten Eltern

befinden sich beziehungsweise befanden sich in einer Form von Therapie, entweder medikamentöser oder psychotherapeutischer. Unterstützung bekommen sie durch ihre PartnerInnen oder die Familien. Fünf der Befragten nehmen an Selbsthilfegruppen teil und empfinden das als große Unterstützung. Zwei der Befragten sind heute beruflich tätig, wobei die beiden Frauen nur temporär begrenzt erkrankt waren. Drei der Befragten sind mittlerweile in Frühpension oder Pension. Aufgrund der Erkrankung ist es den meisten der Befragten derzeit nicht möglich einer geregelten Arbeit nachzugehen.

K5.1 Krankheitsbedingte Einschränkungen im Bereich der Kindererziehung/-versorgung

Fünf der befragten Eltern sagten, dass sie zum Zeitpunkt der Erkrankung beziehungsweise der Episoden nicht in der Lage waren mit ihren Kinder hinaus zu gehen oder etwas zu unternehmen. Entweder aufgrund von psychosomatischen Folgebeschwerden oder auf Grund der psychischen Beschwerden. Sie gaben an, oft einfach keine Kraft gehabt zu haben, um aktiv zu sein oder aus Angst nichts unternommen zu haben. Frau C.: *„Und ich habe keine Kraft gehabt mit den Kindern hinaus zu gehen oder ich wollte etwas machen mit den Kindern und ich habe es nicht geschafft. Ich konnte nicht.“* (Frau C. S.2, 03:18) Herr G.: *„Wo ich Ängste und Sorgen gehabt habe, war zum Beispiel beim Fußballspielen, wo ich doch selber gespielt habe und die Ängste habe natürlich dann auch auf ihn übertragen.“* (Herr G. S.10, 32:02) Zwei der befragten Mütter gaben an mit dem Haushalt oder mit der Versorgung ihrer Kinder in Krankheitszeiten überfordert gewesen zu sein. Menschen mit psychischen Erkrankungen haben oft Schwierigkeiten sich selbst um Hilfe und Unterstützung zu kümmern, die sie aber so dringend brauchen würden. Ein weiter einschränkender Aspekt ist die finanzielle Belastung für die Familie bis hin zu Existenzängsten - vor allem für allein erziehende Mütter mit einer psychischen Erkrankung. Frau C.: *„Die finanziellen Sache muss die Familie abfangen, weil die (der Staat) fühlen sich gar nicht verpflichtet da was dazu zu bezahlen. Wie soll ich meine Gesundheit, meine Stabilität erhalten, die ich mir hart erkämpft habe, wenn solche Faktoren nicht da sind, die einen schützen, dass man keinen Rückfall bekommt!“* (Frau C. S.6, 18:10)

K5.2 Ängste, Sorgen und Gedanken der Eltern bzgl. ihrer Kinder

Alle befragten Eltern wollen nicht, dass ihre Kinder etwas von ihrer Erkrankung mitbekommen. Sie versuchten es so gut wie möglich vor ihnen zu verbergen (z.B. nur im Nebenzimmer weinen, Türen verschließen, eine Maske aufsetzten etc.). Frau B.: *„Ich wollte nicht, dass sie irgendetwas mitbekommt, auch als Säugling nicht.“* (Frau B. S.1, 01:25) Alle

Eltern stellten sich die Frage: Wie viel bekommt mein Kind/meine Kinder wirklich mit? Dabei war immer die Sorge, dass das Kind/die Kinder damit nicht überlastet sind. Frau C.: *„Weil ich auch oft gesprochen habe (mit ihrer Therapeutin) über meine Gedanken und Sorgen. Wie wirkt sich das auf die Kinder aus?“* (Frau C. S.13, 41:14) Auch die Angst, etwas von der Krankheit an die Kinder weiterzugeben, steht bei vielen Befragten im Vordergrund. Herr G.: *„Es war schon, was bei mir immer da war die Angst und Sorge, dass sie das auch bekommen!“* (Herr G. S.5, 12:17) Drei der befragten Mütter gaben an, oft das Gefühl zu haben alles falsch zu machen und zweifeln ihre Kompetenz als Mütter an. Frau A.: *„Aber meine eigene Kompetenz zweifelte ich sehr oft an.“* (Frau A. S.5, 10:59) Auch die Unsicherheit *„Habe ich versagt im Umgang mit meinen Kindern?“* ist häufig Thema bei den erkrankten Eltern. Neben Selbstvorwürfen tritt auch bei einigen Befragten der Wunsch auf sich outen zu können. Frau A.: *„Ich hab schon oft das Bedürfnis gehabt, z.B. der Volksschullehrerin meines Sohnes gegenüber, mich zu outen aber ich hab wirklich Angst davor, dass mein Kind stigmatisiert wird, wenn ich mich oute.“* (Frau A. S.5, 10:59) Allerdings ist die Angst vor einer Stigmatisierung – auch der Kinder – zu groß. Frau C.: *„Das geht nie wieder weg. Das ist ein Stempel, der nicht mehr weg geht.“* (Frau C. S.7, 20:11) Existenzängste, ausgelöst durch die Unfähigkeit aufgrund der Erkrankung einer Arbeit nachgehen zu können, sind häufig Thema der Mütter. Wenn Suizidgedanken auftreten sind es sehr oft die Gedanken an die Kinder, die diese dann wieder relativieren: *„Meine Kinder sind der einzige Grund, warum ich noch da bin.“* Die Angst *„was wird aus meinem Kind/meinen Kindern, wenn ich nicht mehr da bin?“* ist in solchen Situationen ständig präsent.

K5.3 Reaktionen der Kinder

Kinder fühlen sich sehr leicht schuldig an dem (krankheitsbedingtem) Verhalten der Eltern. Frau A.: *„Das, was ich weiß ist, dass die Kinder sich sehr leicht schuldig fühlen daran, dass es mir nicht gut geht.“* (Frau A. S.2, 03:19) In erster Linie bekommen die Kinder das Weinen bei depressiven Verstimmungen mit, wobei sie das dann sehr leicht auf sich beziehen. Ein Kind versuchte die Erkrankung einmal für sich in Worte zu fassen: *„Mama hat viel Stress“*. Bei einer Befragten traten bei ihrer Tochter als Säugling Schlafstörungen auf, die die Mutter auf ihre psychische Krise zurückführt. Diese Tochter zeigt auch eine somatische Reaktion in Form von Neurodermitis. Die Kinder einer anderen Mutter reagieren mit Schulproblemen und durch Konflikte mit MitschülerInnen. Zu ihrer Mutter haben sie eine sehr enge emotionale Bindung und zeigen ihre positiven Emotionen wie zum Beispiel ihre Dankbarkeit ihrer Mutter gegenüber sehr deutlich: *„Danke Mama, dass du das alles für uns machst.“* Eine mittlerweile

erwachsenen Tochter, einer an einer Borderline Störung erkrankten Mutter, verfasste ihre Diplomarbeit zum Thema „Borderline“, um so die Möglichkeit zu haben mehr über die Erkrankung zu erfahren und besser damit umgehen zu können. Weiters bot sie ihrer Mutter Literatur zum Thema an, damit sich auch ihrer Mutter selbst über ihre eigene Erkrankung besser informieren kann.

Fast alle Befragten gaben an, dass ihre Kinder über die Erkrankung selbst nicht näher nachgefragt haben – teilweise auch altersbedingt. Die Eltern gehen davon aus, dass die Kinder noch zu klein sind beziehungsweise waren, um nachzufragen. Frau E: *„Diese Traurigkeit hat er nicht mitbekommen. Da war er 2,5 da kannst du nicht mit ihm ... wenn es jetzt wäre, dann hätte ich ihm das sicher erklärt. Aber damals war er zu klein.“* (Frau E. S.8, 17:21) Sie akzeptierten die Situation so wie sie ist/war. In einem Fall baute der Sohn seine Aggressionen im Streit verbal durch indirekte Bemerkungen, wie: „Ihr Besoffenen“ anderen Mitschülern gegenüber ab.

K6 In Anspruch genommene Hilfen

Primäre Hilfe kommt bei allen Befragten aus dem unmittelbaren sozialen Umfeld. Meistens vom Partner/von der Partnerin, von der Familie oder von engen Freunden. Frau A: *„In der Zeit (des Spitalsaufenthaltes) hat sich mein Mann um die Kinder gekümmert. Eigentlich ausschließlich.“* (Frau A. S.8, 18:54) Für sich selbst suchten fünf der sieben Befragten Unterstützung in einer Selbsthilfegruppe. Alle Befragten wandten sich an ÄrztInnen oder TherapeutInnen. Frau B: *„Ich bin zum Arzt gegangen und habe mir Psychopharmaka verschreiben lassen, um ruhig zu werden.“* (Frau B. S.4, 07:43) In den meisten Fällen aber erst nach mehreren Jahren. Herr G: *„Das erste Mal, als ich dann wirklich in Therapie gekommen bin, das war 1975 - das war ich 26, 27 Jahre.“* (Herr G. S.3, 06:50) Ein Ehepartner suchte einmal die HPE auf. In zwei Fällen wurde die Hilfe einer Heimhilfe zur Unterstützung bei der Haushaltsführung in Anspruch genommen. Hilfs- und Unterstützungsangebote für die Kinder wurden keine aufgesucht, nur für offensichtliche Problemlagen wie Schulschwierigkeiten oder sexuelle Belästigungen wurden externe Institutionen wie die MÖWE, ein Legasthenieinstitut oder Nachhilfe aufgesucht. Den Kindern wurde explizit keine Hilfestellung angeboten, da in den meisten Fällen davon ausgegangen wurde, dass die Kinder sowieso nichts mitbekommen und außerdem um sie nicht zusätzlich zu belasten.

K6.1 Hindernisgründe für die Inanspruchnahme

Die meisten Befragten gaben an Angst vor einer Konfrontation mit dem Jugendamt zu haben, da sich die Konsequenzen nicht abschätzen lassen. So wurde eine freiwillige Kontaktaufnahme in allen Fällen vermieden. Frau A: *„Ans Jugendamt würde ich mich auch instinktiv nicht hinwenden, weil man kann nicht abschätzen, was für Konsequenzen das hat und man denkt natürlich gleich daran, dass einem die Kinder weggenommen werden. Ist nahe liegend, dass man diese Ängste hat in dieser Situation.“* (Frau A. S.4, 06:57) Sogar ein notwendiger stationärer Aufenthalt wurde einmal verweigert, aus Angst dass die Kinder dann dem Jugendamt übergeben werden müssen. Frau C: *„Aber aus Angst, dass das Jugendamt die Kinder wegnimmt, konnte ich nicht zulassen, dass ich gleich zwei Mal im Jahr im Krankenhaus bin.“* (Frau C. S.8, 21:15) In einem Fall wurde ein stationärer Aufenthalt vorzeitig abgebrochen, da die Mutter die lange Trennung von ihren (kleinen) Kindern nicht aushalten konnte. Frau A: *„Ich war stationär in Ybbs auch wegen einer Depression in einer sozialtherapeutischen Behandlung und da bin ich nach drei Wochen gegangen, weil ich gesagt habe: Ich möchte zu meinen Kindern zurück!“* (Frau A. S.9, 20:41) Auch die Scheu vor amtlichen und offiziellen Stellen ist viel größer, wenn man eine psychische Erkrankung hat. So wird häufig erst gar keine Hilfe gesucht. Frau A: *„Aber ich denke doch, dass man eben wenn man eine psychische Erkrankung hat, sich einfach wirklich scheut vor amtlichen und offiziellen Stellen.“* (Frau A. S.11, 25:15)

Wenn eine gut funktionierende Partnerschaft besteht, besteht auch oft nicht der Wunsch Hilfe von Außen anzunehmen, da die Partnerschaft als ausreichend hilfreich empfunden wird. Allerdings können so die Belastungen für den Partner/die Partnerin und auch die Beziehung enorm groß sein. Ein wichtiger Grund, den Drei der Befragten als Hindernisgrund für eine Inanspruchnahme angaben, sind die zu hohen Kosten für eine benötigte Therapie. Frau D: *„Ich konnte es mir einfach nicht leisten, weil für 100 Euro in einer Stunde ...“* (Frau D. S.4, 11:20) Eine der Befragten gab auch an, dass sie einfach keinerlei Informationen über bestehende Hilfsangebote hatte und von sich aus nicht in der Lage war sich selber Hilfe zu organisieren, was bei einer psychischen Erkrankung häufig der Fall ist. Von ÄrztInnen (vor allem HausärztInnen) fühlten sich einige der Befragten nicht ernst genommen und nicht in ausreichendem Maße unterstützt. Frau E: *„Ich wollte mir damals auch beim Arzt Hilfe holen, aber eigentlich hat er mich ausgelacht, als ich gesagt habe: Früher hatte ich Angst vorm Krieg oder jetzt vor der Vogelgrippe oder solchen Sachen.“* (Frau E. S.7, 11:56) Auch die Annahme, dass die Kinder von der elterlichen Erkrankung sowieso nichts mitbekommen, veranlasste einige Mütter und Väter erst gar nicht über die Möglichkeit einer

Inanspruchnahme einer Unterstützung für ihre Kinder in Erwägung zu ziehen. Frau B: *„Nein, ich bin nirgends hingegangen. Natürlich nicht. Wenn sie (die Tochter) eh nichts mitbekommt, werde ich das nicht extra erwähnen. Wozu sollte ich sie dann belasten?“* (Frau B. S.3, 04:59)

K7 Informationsgrad der Kinder

Einige der befragten Eltern gaben an, dass ihre Kinder etwas von der Erkrankung mitbekommen haben. Frau D: *„Ja, sie hat es mitbekommen und sie hat auch ihre Diplomarbeit über Borderline gemacht, weil sie ja natürlich die Krankheit interessiert hat.“* Frau D. S.5, 15:26) Herr G: *„Wie gesagt, die Tochter hat gesagt: Das war halt einfach so. Sie hat's mitbekommen.“* Aber nur drei der Mütter und Väter haben offen mit ihren Kinder über die Erkrankung gesprochen. Frau A: *„Ich geh damit eigentlich ganz offen um, weil sie es ja sowieso mitkriegen. Also ich versuche ihnen das halt zu erklären, soweit es geht.“* Frau A. S.9, 24:37) Eine Mutter geht ganz offen mit der Erkrankung um, sie hat auch schon versucht es mit Hilfe eines Kinderbuches den Kindern zu erklären. Ein Grund war, dass die Eltern sagten, dass ihre Kinder zu diesem Zeitpunkt noch zu klein waren, aber zu einem späteren Zeitpunkt würden sie mit ihnen darüber sprechen, wenn die Kinder nachfragen würden. Es wird davon ausgegangen, dass es für die Kinder erst ab der Pubertät zum Thema wird und sie dann auch erst alt genug für eine Aufklärung seien. Was die Kinder am meisten mitbekommen haben, nach Angaben der Eltern waren die depressiven Phasen und da vor allem das (unmotivierte) Weinen der Eltern. Frau A: *„Sie kriegen es natürlich mit, wenn ich unmotiviert zu weinen anfangen oder wenn ich wegen einer Kleinigkeit in einem Heulkrampf ausbreche. Oder wenn ich einfach, eben unmotiviert bin, wenn es mir schwer fällt ... ja, eigentlich das Weinen, das bekommen sie mit.“* Frau A. S.2, 04:12) Zwei Eltern erklärten ihren Kindern diese Phase mit: *„Es gibt eine Krankheit, die nennt sich Traurigkeit“*. Aber in allen untersuchten Fällen wurde angegeben, dass von den Eltern immer versucht wurde die Erkrankung von den Kindern möglichst fern zu halten und sie nicht damit zu belasten.

K8 Bedarf der Eltern

Jede Form der Bestärkung ist für die meisten befragten Eltern - vor allem für die Mütter - äußerst hilfreich. So wünscht sich eine der Befragten eine spezielle Beratung nur für betroffene Mütter. Frau A: *„Aber eben diese Peerberatung, da könnte ich mir jetzt schon vorstellen, dass da jetzt eine Mutter sitzt, die andere Mütter berät. Ja, Peerberatung wäre toll.“* (Frau A. S.7, 17:42) Viele der Befragten empfinden es als hilfreich jemanden in einem geschützten Rahmen zum Reden zu haben, nicht nur über sich und ihre Erkrankung, sondern

auch über Elternschaft und die Kinder. Frau A: *„Mit jemand der da eben geschult ist, sich auskennt. Und mit jemand, der auch betroffen ist zum Beispiel bei einer Selbsthilfegruppe. Das wäre sehr unterstützend.“* (Frau A. S.4, 08:34) Frau E: *„Familie, Freunde oder ein Therapeut oder so was die Ohren für einen haben, das ist das Wichtigste. Damals war ich doch ziemlich alleine.“* (Frau E. S.11, 29:57) Es wurde auch der Wunsch nach einer Kindergruppe geäußert, in der man die Kinder für ein paar Stunden lassen kann, „wenn einem die Kraft ausgeht“.

Zu lange Wartezeiten auf eine Therapieplatz und zu hohe Kosten für psychologische Unterstützung sind für viele Befragten die größten Belastungen. So ist der Wunsch nach rascher und kostenfreier Hilfe und Unterstützung (für die Eltern) durch die Interviews deutlich geworden. Auch der Wunsch, nach einem „anderen“ Agieren des Jugendamtes wurde geäußert. Frau C: *„Dann von Jugendämtern würde ich mir auch wünschen, dass sie anders agieren. Dass man da nicht gleich Angst haben muss: Die nehmen einen die Kinder weg!“* (Frau C. S.12, 40:41) Keine der Befragten drückte allerdings den Bedarf an einer Beratungsstelle für ihre Kinder aus. Wenn, dann nur für Mutter-Kind Gruppen zum Austausch mit anderen betroffenen Eltern oder Kindergruppen als Betreuungseinheiten. Frau A: *„Weil ich sowieso immer eine Gruppe für meine Kinder suche, einfach wo sie auch ständige Sozialkontakte haben können. Und wenn es jetzt natürlich eine Gruppe gäbe ... wenn es die Möglichkeit gäbe eben wenn die Kraft ausgeht, die Kinder auch für zwei oder drei Stunden abzugeben. Das wäre eine ganz tolle Sache. Das wäre extrem hilfreich.“* (Frau A. S.9, 22:20)

K9 Akzeptanz von geplanten, zielgruppenspezifischen Angeboten

Angesprochen auf die Möglichkeit einer Inanspruchnahme einer speziellen Anlaufstelle für Familien mit minderjährigen Kindern in denen ein Elternteil psychisch krank ist, waren die befragten Eltern nicht sicher, ob sie diese Form der Hilfe in Anspruch nehmen würden. Drei der Befragten meinten, dass sie diese Form der Hilfe nicht brauchen, da sie die Kinder lieber selbst aufklären und die Probleme innerhalb der Familie regeln würden, als bei einer außenstehenden Person Hilfe zu suchen. Herr G: *„Weil sie ist ja dann da gestanden, weil ich glaube nicht, dass ein Kind von 10-15 Jahren zu einer außenstehenden Person geht. Weil da ist ja das Vertrauen innerhalb der Familie - zumindest bei uns war es so - wesentlich größer.“* (Herr G. S.6, 13:15)

8.3 Zusammenfassung der Ergebnisse

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass sich die Forschungsfrage „Wie sieht die derzeitige Situation für minderjährige Kinder von Eltern mit einer psychischen Erkrankung bezüglich Hilfs- und Unterstützungsangeboten in Österreich – im besonderen in Wien als Landeshauptstadt - aus?“ am treffendsten mit den Worten von Herrn Prof. Dr. Dantendorfer beantworten lässt: „Sie ist nicht so schlecht wie sie dargestellt wird, aber sie ist nicht so gut wie sie sein sollte.“ Es gibt in Österreich einige spezialisierte Angebote für Kinder psychisch kranker Eltern wie JOJO in Salzburg, S.I.N.N in Graz, den Verein ANANAS in Niederösterreich, KIESEL in Vorarlberg, Taka Tuka in Tirol, stationäre oder ambulante Mutter-Kind Einheiten in Waidhofen an der Thaya, Graz und in Wien und die Anlaufstelle der HPE in Wien. In Wien gibt es eine Vielzahl von allgemein tätigen Versorgungseinrichtungen für Kinder und Jugendlichen in psychischen Krisen und Notsituationen, wie etwa niedergelassene FachärztInnen, Ambulatorien, stationäre Angebote, Einrichtungen der MAG ELF des KAV, Mutter-Kind-Zentren, Erziehungshilfeinstitute und viele andere. In den zielgruppenspezifischen Einrichtungen wird in erster Linie Aufklärung, Information und die Stärkung der familiären Ressourcen für die betroffenen Kinder und deren Familien geboten. In den meisten Fällen suchen die Familien aber erst Hilfe, wenn sich bei den Kindern bereits Auffälligkeiten oder psychische Störungen gezeigt haben. Alle befragten ExpertInnen sind um eine gute Kooperation mit anderen Einrichtungen bemüht, wünschen sich aber nach eigenen Aussagen eine noch bessere Vernetzung und Koordination untereinander. Der Großteil der befragten ExpertInnen sieht die derzeitige psychosoziale Versorgungslage für Kinder und Jugendliche im Allgemeinen als unzureichend an. Als defizitär werden vor allem die zu geringen vorhandenen finanziellen Ressourcen und Kapazitäten von den in den untersuchten Einrichtungen tätigen Fachleuten gesehen. Finanzielle Kürzungen und Einsparungen beim Personal wirken sich äußerst belastend auf die derzeitige Versorgungslage aus. Auch die Stimmung der MitarbeiterInnen, die sich in diesen Bereichen engagieren ist verständiger Weise ‚gedrückt‘. Wenn immer häufiger PatientInnen abgewiesen werden müssen, notwendige Behandlungen nicht durchgeführt werden können oder man sogar befürchten muss, dass die Einrichtung das nächste Jahr finanziell nicht überstehen wird, ist das für die MitarbeiterInnen sehr frustrierend und für die Kinder, die dringend Hilfe benötigen fatal. Die psychosoziale Versorgungslage, speziell für Kinder psychisch Kranker wird von ExpertInnen sogar als „sehr schlecht und viel zu wenig“ beschrieben. Die Kooperation mit dem Jugendamt gestaltet sich nach Aussagen von ExpertInnen oft schwierig, da die PatientInnen die Fachleute oft bitten, *nicht* mit dem

Jugendamt in Verbindung zu treten aus Angst vor einer Abnahme der Kinder. Die SozialarbeiterInnen der MAG ELF, die letzten Endes mit den betroffenen Familien arbeiten, sind nach Meinung der ExpertInnen für solche komplexen Problemstellungen wie ‚psychische Erkrankungen in der Familie‘ nicht ausreichend qualifiziert. Das Jugendamt selbst ist sich seiner schwierigen Rolle bewusst (vgl. Interview Staffa) und ist seinerseits um eine Kooperation mit den ExpertInnen bemüht.

Obwohl sich der Grossteil der ExpertInnen positiv über bereits bestehende Kooperationen zwischen den einzelnen Einrichtungen geäußert hat, besteht doch bei fast allen der Wunsch nach einer noch besseren Vernetzung der Fachleute untereinander. Gerade in der Arbeit mit der Problemstellung „Kinder psychisch kranker Eltern“ wird ein interdisziplinäres Handeln von den befragten Fachleuten als notwendig angesehen. Weiters werden von den ExpertInnen eine interdisziplinäre Station für eine gemeinsame Mutter-Kind Unterbringung, eine interdisziplinäre Koordinationsstelle und eine erste spezialisierte Anlaufstelle für betroffene Familien gewünscht. Präventive Angebote für Kinder von psychisch Kranken wären wünschenswert, erscheinen den befragten Fachleuten aber als sehr schwer umsetzbar aufgrund der schwierigen gesundheitspolitischen Lage. Kinder psychisch kranker Eltern werden zwar zusehend vermehrt als Zielgruppe für Hilfs- und Unterstützungsbedarf wahrgenommen, jedoch bestehen gerade in Wien immer noch große Defizite in der Versorgung dieser Kinder beziehungsweise deren Familien. Die psychosoziale Versorgung für Kinder in Krisen und Notsituationen, sowie die psychologische/psychotherapeutische Versorgung der erkrankten Erwachsenen ist als weitaus besser und umfangreicher anzusehen als eine spezialisierte Versorgung von Kindern psychisch kranker Eltern. Wo es in den Bundesländern Salzburg, Steiermark, Niederösterreich, Vorarlberg oder in Tirol bereits jeweils *eine* explizite Anlaufstelle gibt (vgl. Kap. 6), werden Kinder in Wien mit dieser Problematik in allgemein tätige Kriseneinrichtungen geschickt. Hier sind vor allem die extrem langen Wartezeiten auf eine ambulanten oder stationären Therapieplatz zu bemängeln. Private Therapien sind für die meisten Familien, die von solch einer Situation betroffen sind, nicht finanzierbar, obwohl sie gerade hier dringend notwendig wären.

Die Sorgen und Ängste der erkrankten Eltern bezogen sich vor allem auf die Angst, die Kinder mit ihrer Krankheit überlasten zu können, etwas von der Krankheit an ihre Kinder weitergeben zu können, Unsicherheiten im Umgang mit ihren Kindern, Zweifel an ihrer Kompetenz als Mütter und Selbstvorwürfen. Zu diesen Sorgen kommt in vielen Fällen noch

die Existenzangst aufgrund der finanziellen Lage durch eine Berufsunfähigkeit wegen der psychischen Erkrankung. Hilfe und Unterstützung bekommen die befragten Eltern meist aus dem unmittelbaren sozialen Umfeld, wie vom Partner, der Familie oder von Freunden.

Sechs der sieben Befragten sind der Meinung, dass ihre Kinder etwas von der Erkrankung mitbekommen haben, obwohl in den meisten Fällen versucht wurde die psychische Erkrankung vor den Kinder zu verbergen. Als Grund wurde in den meisten Fällen das junge Alter der Kinder angegeben. Nur drei der befragten Mütter und Väter haben offen mit ihren Kindern über die Erkrankung gesprochen. Hilfe oder Unterstützung für die Kinder in Form von Unterstützung bei der Information und Aufklärung über die elterliche Erkrankung oder Unterstützung bei der Verarbeitung der belastenden Situation zu Hause wurde in keinem Fall in Anspruch genommen. Keine/Keiner der Befragten drückte einen Bedarf an einer speziellen Beratungsstelle für ihre Kinder aus. Wenn, dann nur in Form von Mutter-Kind Gruppen zum Austausch mit anderen betroffenen Eltern oder Kindergruppen als Betreuungseinheiten. Gewünscht wurden von den befragten Eltern weiters spezielle Beratungsangebote für betroffene Mütter oder die Möglichkeit eines Austausches mit anderen Betroffenen in Form von Selbsthilfegruppen.

8.4 Diskussion der Ergebnisse

Es gibt in Österreich einige spezialisierte Anlaufstellen für Kinder psychisch kranker Eltern. Diese sind jedoch gerechnet auf die geschätzte Zahl von 50.000 betroffenen Kindern viel zu wenig. In Wien gibt es derzeit keine eindeutig identifizierbare Stelle an die sich betroffene Kinder und Familien wenden könnten. Der Bedarf nach einer Anlaufstelle ist durchaus gegeben. Anhand der Risikoforschung lässt sich erkennen, dass frühkindliche Risiken, wie eben eine psychische Erkrankung eines Elternteiles, spezifische und langfristige negative Auswirkungen auf die Kinder haben (vgl. Laucht 2000b, 246). Aber die Resilienzforschung hat gezeigt, dass vieles getan wird, um Nachteile für die Kinder zu vermeiden und ihre psychische Stabilität zu stärken. Nach Mattejat (2005) können vor allem Fachleute dabei eine beratende und unterstützende Rolle spielen (Mattejat 2005, 75). So kann eine professionell geführte, spezialisierte Anlaufstelle für betroffene Familien helfen, die negativen Auswirkungen auf die Kinder zu verhindern und die familiären Ressourcen zu stärken. Konzipiert könnte dieses Hilfs- und Unterstützungsangebot in Form einer Familienberatungsstelle oder als spezifisches Modellprojekt werden. Ein Modellprojekt oder eine Einzelinitiative, wie sie in manchen Bundesländern bereits bestehen, wäre - gerechnet

auf die Einwohnerzahl in Wien - meiner Meinung nach durchaus versorgungstechnisch relevant.

Nach Meinung der ExpertInnen ist eine erste Anlaufstelle sowohl für die betroffenen Familien als auch für Fachleute durchaus notwendig. Der Bedarf der Fachleute lässt sich vor allem bei dem Wunsch nach einer Verbesserung bei der Vernetzung und der Kooperation zwischen den beteiligten Fachdiensten, Behörden und den Familien ausmachen. So könnte gerade im Falle von Kindern mit einer speziellen Problemstellung, wie bei Kindern mit psychisch kranken Eltern, eine *interdisziplinäre Koordinationsstelle* hilfreich sein, um den Kindern und deren Familien dabei zu helfen, die für sie notwendige Hilfe oder Unterstützung zu finden und andererseits den beteiligten Fachleuten es erleichtern, notwendige Informationen zu erhalten. Denn nach Lenz ist die defizitäre Versorgungslage nicht nur auf mangelnde finanzielle und personelle Ressourcen zurückzuführen, sondern vor allem auch auf nicht funktionierende, beziehungsweise auf nicht dauerhaften Kooperationsbeziehungen zwischen den verschiedenen Institutionen (vgl. Lenz 2005, 183). Fest steht, dass eine identifizierbare Stelle, die sich genau mit dieser Thematik beschäftigt, eine große Unterstützung in der Versorgungsstruktur für Kinder und Familien mit dieser Problematik darstellen kann.

Bei den betroffenen Eltern lässt sich allerdings eher der Wunsch nach Unterstützung bei der Kinderbetreuung, beispielsweise in speziellen Kindergruppen, ausmachen, als nach einer spezialisierten Anlaufstelle. Professionelle Unterstützung bei der Aufklärung und Information der Kinder stehen bei den Wünschen der Eltern im Hintergrund, da die Eltern dies nach eigenen Aussagen lieber selbst übernehmen. Die Alltagserfahrung zeigt aber, dass Eltern ihre Kinder vermeintlich schützen und sie nicht mit Informationen über die Erkrankung belasten wollen (vgl. Pretis/Dimova 2004, 58). Häufig ist aber das Gegenteil der Fall. Die Kinder und Jugendlichen erhalten oftmals keine oder nur unzureichende Informationen über die Erkrankung ihrer Mutter oder ihres Vaters. Sie sind deshalb überwiegend auf eigene Überlegungen und Schlussfolgerungen angewiesen (vgl. Lenz A. 2005, 131). Befunde aus der Resilienzforschung deuten aber darauf hin, dass eine ausreichende alters- und entwicklungsgemäße Aufklärung der Kinder über die Erkrankung und Behandlung des Elternteils, neben einem tragfähigen, stabilen sozialen Unterstützungssystem einen wichtigen Schutzfaktor bildet. Meiner Meinung nach ist dieses „Nicht-Interesse“ der Eltern an einer Anlaufstelle als eine gewisse Scheu vor einer Inanspruchnahme von professioneller Hilfe zu sehen. Denn die Entscheidung einer Person, Hilfe und Unterstützung zu suchen, setzt die

Bereitschaft voraus, die Probleme oder Konflikte nach Außen zu tragen, sie zu veröffentlichen (vgl. Lenz A. 2008, 37). Das Eingeständnis, alleine mit den Problemen nicht mehr fertig zu werden, berührt die Person im Selbstwertgefühl und in ihrer Selbstachtung. Dabei spielen auch Erfahrungen im sozialen Umfeld und vermutete bzw. erlebte Reaktionen auf eine mögliche Hilfesuche in diesem Prozess eine entscheidende Rolle (a.a.O.). Die geringe Veröffentlichungsbereitschaft hängt auch mit der Angst vor Stigmatisierung, Entwertung und Ausschluss zusammen. Aber die betroffenen Kinder äußern jedoch durchgängig Wünsche über die psychische Erkrankung, deren Verlauf und über Behandlungsmöglichkeiten informiert zu werden, sowie Aufklärung darüber, wie sie sich dem erkrankten Elternteil gegenüber verhalten sollten und wie sie ihn unterstützen können (vgl. Lenz A. 2005, 131). Ein Teil der Kinder meidet eher die Kontakte zu familienexternen Personen durch die starken emotionalen Verstrickungen im Familiensystem, das Schweigegebot, die Ängste und Verzweiflung, wie auch die aufgeladene Verantwortung und Verpflichtungen durch Rollenübernahme (vgl. Lenz A. 2008, 36). Daher ist es Aufgabe der Eltern und auch der beteiligten Fachleute, den Kindern diese Möglichkeit anzubieten, da die Kinder häufig nicht die nötige Kraft finden, die Schamgefühle und das familiäre Schweigegebot zu überwinden und den Schritt nach außen alleine zu wagen (vgl. Lenz A. 2008, 38).

Die durchaus schwierige Rolle des *Jugendamtes* bei Familien mit einem psychisch kranken Elternteil ist unumstritten. Denn das Jugendamt wird häufig auf seine Kontrollfunktion reduziert und weniger in seinen Möglichkeiten der Hilfe und Unterstützung wahrgenommen. Umgekehrt besteht auf Seiten der Jugendhilfe die Meinung, dass die Psychiatrie die Kinder oftmals für den Gesundungsprozess ihrer Eltern instrumentalisiert, ohne auf die Befindlichkeiten und die Bedürfnisse der Kinder Rücksicht zu nehmen (vgl. Lenz A. 2005, 183 f.). Die Angst der Eltern vor einer Einbindung des Jugendamtes in ihre Situation ist in den Interviews immer wieder deutlich geworden. Das Jugendamt ist sich seiner schwierigen Position durchaus bewusst (vgl. Interview Staffa) und ist um die Kooperation mit den Familien und mit den Fachleuten bemüht. So wäre eine bessere Kooperation beziehungsweise Vernetzung zwischen der Erwachsenenpsychiatrie und der Jugendwohlfahrt erforderlich. Die Notwendigkeit dieser ergibt sich aus dem Versorgungsauftrag der beiden Systeme. Auftrag der Psychiatrie ist die psychiatrisch-therapeutische Behandlung des erkrankten Elternteils. Im Mittelpunkt stehen die Bedürfnisse und Interessen der PatientInnen. Im Mittelpunkt des Interesses der Jugendwohlfahrt steht das Wohl des Kindes. Die unterschiedlichen gesellschaftlichen Aufträge der beiden Systeme

führen häufig zu strukturellen Konflikten (vgl. Lenz A. 2005, 183). Mit dem Präventionsprojekt KIPKEL in Deutschland ist ein interdisziplinäres und interinstitutionelles Kooperationsmodell entstanden, das die Chance eröffnet die gegenseitige Abgrenzung von Erwachsenenpsychiatrie und Kinder- und Jugendhilfe zu überwinden (vgl. Staets/Hipp 2001, 578). Dadurch wird ein ganzheitliches Verständnis der betroffenen Familien erleichtert. Solch eine Kooperation wäre auch für Wien wünschenswert.

Ich sehe für Wien als Bundeshauptstadt die absolute Notwendigkeit für Kinder psychisch kranker Eltern vor allem in der Gründung einer ersten Anlaufstelle als eine *interdisziplinäre Koordinationsstelle* einerseits und einer *Familienberatungsstelle* andererseits. Genauso wie professionell geführte *Kindergruppen* für betroffene Kinder und *Selbsthilfegruppen* für erkrankte Mütter und Väter. Unumgänglich scheinen mir hierbei vor allem die interdisziplinäre Zusammenarbeit und Vernetzung aller beteiligten Fachleute, um den Kindern und deren Familien die dringend benötigte Hilfe und Unterstützung zukommen zu lassen.

8.5 Relevanz der Ergebnisse für die Pädagogik

Die allgemeinste und einfachste Form pädagogischer Hilfe ist die Unterstützung von Kindern, Jugendlichen, Eltern und anderen Erziehungsberechtigten bei der Klärung und Bewältigung individueller und familienbezogenen Problemen in einer *Erziehungsberatung* (vgl. Antor/Bleidick 2006, 360). Eine psychische Erkrankung geht oftmals mit einer eingeschränkten Erziehungsfähigkeit des erkrankten Elternteils einher (vgl. Schone 2005, 108). Daher geht es von Seiten der Pädagogik um: „eine Unterstützung der Erziehungskompetenz der Eltern einerseits und um eine Förderung bei der Entwicklung von Bewältigungsstrategien der Kinder andererseits“ (vgl. Brumm 2005, 92). Genau diese Aufgaben zählen unter anderem zu den Kernaufgaben von Erziehungsberatungsstellen (EBS). So könnte meiner Meinung nach eine *spezialisiert geführte Erziehungsberatungsstelle* ein primärer Anlaufpunkt für betroffene Familien sein. Obwohl bereits bestehende Beratungsstellen häufig von betroffenen Familien aufgesucht werden, sind diese in den meisten Fällen nicht in der Lage auf diese spezielle Zielgruppe in besonderem Maße einzugehen. Die Arbeit mit dieser Zielgruppe kann sich äußerst schwierig gestalten, da die MitarbeiterInnen einer Erziehungsberatungsstelle oft nicht hinreichend mit den spezifischen Krankheitsbildern psychisch kranker Erwachsener und den damit verbundene Auswirkungen auf die Familienatmosphäre und das Erziehungsverhalten vertraut sind (vgl. Brumm 2005, 95). Das heißt, von den MitarbeiterInnen werden nicht nur pädagogische Kompetenzen gefordert, sondern auch ein umfangreiches tiefenpsychologisches Wissen. Das spezielle

pädagogische Konzept, das im Falle von Kindern psychisch kranker Eltern, die bereits selbst Auffälligkeiten zeigen Anwendung finden könnte, wäre das der „*Wiener psychoanalytisch-pädagogischen Erziehungsberatung*“. Diese besondere Art der Beratung verfügt über das benötigte tiefenpsychologische Wissen und die pädagogischen Kompetenzen, um gezielt mit diesen Familien arbeiten zu können.

Eine psychische Erkrankung und deren Folgebelastungen betreffen nicht nur die Erkrankte/den Erkrankten selbst, sondern auch die Familie als ganzes System (vgl. Gutierrez-Lobos/Trappl 2006, 56). Somit benötigt oft die gesamte Familie Hilfe und Unterstützung. Hierfür wäre als *pädagogische* Interventionsform die *Familienberatung* geeignet. In sozial-pädagogischen Beratungsfeldern stellt sich oft die Frage, wann Einzelberatung (alleine mit einem Elternteil, alleine mit dem Kind) im Unterschied zur gemeinsamen Eltern-Kind-Beratung angebracht ist (vgl. Sickendiek et al. 1999, 99). Eine psychische Erkrankung ist im Gegensatz zu vielen anderen Krankheiten kein Einzelschicksal, sondern eine „Familienkrankheit“ und betrifft somit immer das ganze System (vgl. Pretis/Dimova 2004, 41, herv.i.O.). Im Falle von Kindern mit einem psychisch kranken Elternteil kann sich eine Familienberatung, also eine Beratung mit den Eltern gemeinsam durchaus als angemessen erweisen, denn nicht mehr die Kinder alleine, ihre Probleme und Defizite stehen im Mittelpunkt, sondern die Aufmerksamkeit richtet sich auch auf die Eltern und deren Wünsche, Gefühle und Problemlagen (vgl. Lenz A. 2001, 81).

Wesentlich, aber äußerst schwierig ist eine Unterscheidung von pädagogischer Beratung und therapeutischer Intervention, um eine klare Abgrenzung des pädagogischen Handlungsfeldes vornehmen zu können. Im alltäglichen Verständnis wird von ‚Beratung‘ gesprochen, wenn sich die Arbeit des Helfers hauptsächlich auf kognitive Prozesse beim Klienten richtet, den Rahmen bewusster seelischer Regungen nicht überschreitet und wenn es sich um ein relativ begrenztes und klar umrissenes Problem handelt (vgl. Figdor 1997, 102). Die psychologische und pädagogische Beratung von Kindern ist kaum ein geeignetes Mittel, seelische und/oder Entwicklungsprobleme zu lösen (vgl. Figdor 1997, 103). Denn all das, was Beratung tendenziell von Therapie unterscheidet, setzt eine psychische Reife voraus, die bei Kindern bis zum Erreichen der Pubertät nicht erwartet werden kann wie beispielsweise die psychologische Reflexionsfähigkeit, die Fähigkeit oder die Bereitschaft sich mit dem professionellen Beziehungsangebot des Helfers zu bescheiden (a.a.O.). So ist bei einer

Familienberatung einer Familie, in der ein Elternteil psychisch erkrankt ist, klar zu trennen zwischen einer pädagogischen Elternberatung und einer therapeutischen Intervention!

Es lassen sich neben spezialisierten Erziehungsberatungsstellen und Familienberatungsstellen noch andere zielgruppenspezifische, *pädagogische* Interventionsmöglichkeiten für Kinder psychisch Kranker ausmachen. So sollte die *Angehörigenarbeit in der Sozialpsychiatrie* auf Kinder und Jugendliche ausgedehnt werden mit einer altersentsprechenden Betreuung durch eine Pädagogin/einen Pädagogen stattfinden (Koska 1999, Stöger 1999). Die Angehörigenarbeit ist in den letzten Jahren ein fixer Bestandteil der Sozialpsychiatrie geworden. Kinder und Jugendliche blieben aber bislang von dieser Entwicklung weitgehend ausgespart (vgl. Stöger 1999, 22). Im Projekt von Herrn Dr. Stöger (1999) wurde damals ein neuer Schritt gesetzt, indem Kinder und Jugendliche einbezogen und altersentsprechend betreut werden [vgl. Koska 1999, 1]. Diese altersentsprechende Betreuung kann durch eine speziell geschulte Pädagogin erfolgen sowohl im stationären, teilstationären so wie auch im ambulanten Bereich. So kann bei einem stationären Aufenthalt der Mütter oder Vater in der Psychiatrie auch die Unterstützung einer Pädagogin/eines Pädagogen bei *Besuchen* der Kinder ihrer Eltern im Krankenhaus (Psychiatrie) sowohl für die Kinder als auch für die Eltern hilfreich sein. Die Pädagogin/der Pädagoge kann dabei mitwirken den Kindern die erste Angst zu nehmen, indem sie/er dabei hilft in altersgerechter Form den Kindern die Situation zu erklären. Auch eine Beratung der Eltern, bezüglich des Verhaltens gegenüber ihren Kindern bei einem Besuch könnte durch eine qualifizierte Pädagogin/Pädagogen erfolgen.

In der Erwachsenenpsychiatrie sollten die *Mutter-Kind Einheiten* deutlich vermehrt werden, in denen in einem interdisziplinär gestalteten Team auch eine Pädagogin tätig ist, die für die Hilfe beim Umgang mit dem Kind zuständig ist. Beispielsweise wie bei der stationär-psychiatrischen Behandlung von Müttern und ihren Kindern in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Zentrum für Soziale Psychiatrie in Heppenheim, Deutschland. Bei diesem Konzept geht es um eine *psychotherapeutische und pädagogisch* orientierte Vorgehensweise im Rahmen der Durchführung der Behandlung unter der Bezugnahme auf bindungstheoretische Überlegungen (vgl. Hartmann 2001, 537). Den Müttern wird zunächst Anleitung bei Ernährung und Pflege des Kindes gegeben, gegebenenfalls mit Hilfe einer Hebamme. In der Folgezeit geht es dann vermehrt darum, der Mutter behilflich zu sein, sich mit dem Kind in altersspezifischer Weise zu beschäftigen (a.a.O.). Hierbei kann eine Pädagogin/ein Pädagoge unterstützen. Auch die Beratung in Hinblick auf eine kindgerechte

Lebensweise nach der Entlassung kann ein Ziel sein, bei deren Umsetzung eine Pädagogin/ein Pädagoge behilflich sein kann.

Aus den Wünschen der Eltern lässt sich erkennen, dass *Kinder- und Jugendgruppen* für viele Eltern eine Erleichterung darstellen würden. Pädagogisch geführte Gruppen, in denen sich die Kinder und Jugendlichen beispielsweise zur Freizeitgestaltung oder zum Austausch treffen können. Der Austausch mit anderen betroffenen Kindern kann - vor allem für Jugendliche - eine erhebliche Erleichterung sein, da sie erkennen können, dass sie nicht die einzigen sind, die sich in solch einer Situation befinden. Die Kinder können so lernen, wie sie mit der Krankheit der Eltern umgehen können. Das ist für die Kinder und Jugendlichen unterstützend in der Bearbeitung negativer Gefühle wie Schuld, Scham oder Angst, die bei den Kindern und Jugendlichen in Folge der elterlichen Erkrankung entstanden sind [vgl. AhA 2009a., 3]. Im Sozialpsychiatrischen Ambulatorium Landstraße (PSD Wien) gab es von 2000-2002 eine überregionale therapeutische Kindergruppe. Betroffene Kinder wurden aus allen anderen Ambulatorien dorthin weitervermittelt (vgl. Interview Grumiller 2009). Diese Kindergruppe wurde von einer Kinderpsychiaterin geleitet, die dann allerdings in Pension ging und nicht nach besetzt wurde. Somit wurde auch dieses Angebot eingestellt. Solch ein Angebot wieder herzustellen, im Zuge eines bereits bestehenden regionalen Angebotes wie dem PSD oder der HPE, wäre durchaus empfehlenswert.

Eine der am meisten gewünschten Hilfen sind *Selbsthilfegruppen für betroffene Mütter*. Die Leitung solch einer Selbsthilfegruppe kann durch eine qualifizierte Pädagogin/Pädagogen übernommen werden. So kann in einer Selbsthilfegruppe auch pädagogische Hilfe für den Umgang mit den Kinder und der Situation gegeben werden. Ein Austausch von betroffenen Eltern untereinander kann das Gefühl vermitteln, nicht alleine in solch einer Situation zu sein und die dadurch vielleicht entstandene Isolation aufheben. Gespräche von Betroffenen untereinander und der Austausch von Erfahrungen können zu einer gegenseitigen Stärkung des Vertrauens in die eigene elterliche Kompetenz beitragen.

Abschließend lässt sich feststellen, dass gerade bei der Arbeit mit einer so speziellen Risikogruppe wie mit Kindern psychisch kranker Eltern, ein *interdisziplinäres Handeln* unter Mitwirkung der Pädagogik meiner Meinung nach unbedingt erforderlich ist. In einer Zeit, in der die Belastungen vieler Kinder bedenklich zunehmen, kommt Programmen, die auf die Vorbeugung, Früherkennung und frühzeitige Behandlung psychischer Probleme und Gefährdungen von Kindern und Jugendlichen ausgerichtet sind, eine wichtige

gesundheitspolitische Funktion zu (vgl. Laucht et al. 2002a, 5). Betroffene Kinder erhalten meist erst Hilfe, wenn sie bereits Auffälligkeiten oder Störungen aufweisen. Aus Mangel an präventiven Angeboten und auch aus Mangel an Information über die Belastungen und Probleme dieser Kinder, wird diese spezielle Zielgruppe bei der psychosozialen Versorgung in Wien immer noch übersehen. In ganz Österreich lassen sich zwar einige sehr gute zielgruppenspezifische Angebote ausmachen, von einer flächendeckenden Versorgung kann aber bei weitem keine Rede sein. Bei einer geschätzten Zahl von circa 50.000 betroffenen Kindern, müssten wesentlich mehr Ressourcen und Kapazitäten zur Verfügung stehen.

Ausblick

Ziel dieser Arbeit war es, die aktuelle Versorgungslage des bestehenden Hilfs- und Unterstützungsangebotes für Kinder psychisch Kranker in Wien zu erheben. Durch diese Arbeit hat sich der Bedarf an einer spezialisierten Anlaufstelle für Wien gezeigt. Bereits bestehende Einrichtung wie der HPE Wien oder dem PSD könnten solch ein Projekt in ihre Arbeit integrieren, um diese psychosoziale Versorgungslücke für Kinder und Jugendliche schließen zu können. Weiters bedarf es einer weitgehenden Sensibilisierung der Fachöffentlichkeit – vor allem der Erwachsenenpsychiatrie – um effektive Hilfestellung durch Kooperation und Vernetzung geben zu können.

Für weite Forschungsvorhaben wäre es sinnvoll, die Situation Kinder psychisch Kranker in Österreich zu erheben. Hierfür wäre eine Befragung von ExpertInnen jeder zielgruppenspezifischen Einrichtung notwendig, um einen größeren Einblick in die Situation des jeweiligen Bundeslandes bekommen zu können. Weiter Aspekte wären zum einen die Sichtweisen und Wünsche der betroffenen Kindern bzw. der heute bereits erwachsenen betroffenen Kindern und die der gesunden PartnerInnen in Bezug auf Hilfs- und Unterstützungsangebote, um spezielle Angebote für die Betroffenen bereitzustellen.

Denn: *„Kinder von psychisch kranken Eltern haben dann gute Entwicklungschancen, wenn Eltern, Angehörige und Fachleute lernen, in sinnvoller und angemessener Weise mit der Erkrankung umzugehen, und wenn sie die Patienten und ihre Kinder auf tragfähige Beziehungen stützen können.“* (vgl. Mattejat 2005, 71)

Literaturverzeichnis

Abel, A. (1998): Rahmenbedingungen der Erziehungsberatung. In: Körner, W.; Hörmann, G. (Hrsg.): Handbuch der Erziehungsberatung. Band 1, Göttingen u.a.: Hogrefe., 87-112

AhA! Angehörige helfen Angehörigen psychisch erkrankter Menschen (o.J.): Kinder psychisch kranker Eltern leben im Schatten. So können wir helfen. JOJO - Kindheit im Schatten. Broschüre. Salzburg: AhA! Salzburg

AhA! Angehörige helfen Angehörigen psychisch erkrankter Menschen (2009): Präventionsprojekt JOJO – Kindheit im Schatten. Jahresbericht 2008. Salzburg: AhA! Salzburg

AhA! Angehörige helfen Angehörigen psychisch erkrankter Menschen [2009]: Präventionsprojekt JOJO – Kindheit im Schatten. Homepage. Online unter: <http://www.aha-salzburg.at/jojo.php> [2009-05-20]

AhA! Angehörige helfen Angehörigen psychisch erkrankter Menschen [2009a.]: JOJO Einführendes zu Kindern psychisch kranker Eltern – Eine Kindheit im Schatten. Online unter: http://sozialmarie.org/uploads/tx_submission/JOJO_01.pdf?eIramLaiZos=cdyvfogvgjwg [2009-05-21]

ANANAS [2009]: Familienberatungsstelle ANANAS. Verein zur Förderung der Erziehungskompetenz von Familien. Homepage. Online unter: <http://www.ANANAS.at/> [2009-07-30]

Antor, G.; Bleidick, U. (Hrsg.) (2006): Handlexikon der Behindertenpädagogik. Schlüsselbegriffe aus Theorie und Praxis. Stuttgart: Kohlhammer, 2. Auflage

Ambulatorium für Kinder und Jugendliche in Krisensituationen - Die BOJE (2007): Die BOJE - Ambulatorium für Kinder und Jugendliche in Krisensituationen des Individualpsychologischen Zentrums. Jahresbericht 2007. Wien

APP Arbeitsgemeinschaft psychoanalytische Erziehungsberatung [2009]: APP Arbeitsgemeinschaft psychoanalytische Erziehungsberatung. Homepage. Online unter: <http://www.app-wien.at/index.html> [2009-02-27]

Arbeitskreis „Herausforderungen in der Pädiatrie“ [2004]: Zur Sozialpädiatrischen (u. sozialkinderpsychiatrischen) Versorgung für entwicklungsbeeinträchtigte oder von Beeinträchtigung bedrohte Kinder und Jugendliche und deren Familien. Online unter: http://www.docs4you.at/Content.Node/News/Zur_sozialpaediatischen_Versorgung.pdf [2009-09-22]

Belakowitsch-Jenewein, D. [2009]: Entschliessungsantrag der Abgeordneten Dr. Belakowitsch-Jenewein und weiterer Abgeordneter betreffend Erhebung von Gesundheitsdaten über Kinder und Jugendliche. 490/A€ XXIV. GP – Entschliessungsantrag. Online unter: [http://web81.webbox3.server-home.org/490A\(E\).pdf](http://web81.webbox3.server-home.org/490A(E).pdf) [2009-09-18]

Berger, E. [2002]. Jahresbericht der Neurologischen Abteilung für Kinder- und Jugendliche des Krankenhaus Hietzing mit Neurologischem Zentrum Rosenhügel. Jahresbericht 2002. Online unter: <http://www.univie.ac.at/kjnp-rehab-integra/jb02/jb02.htm> [2009-06-03]

Berger, E. (2003): Welchen ethischen Grundsätzen folgt die Kinder- und Jugendpsychiatrie? In: Lehmkuhl, U. (Hrsg.): Ethische Grundlagen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie. Göttingen: Vandenkoek & Ruprecht, 21-28

- Berger, E.** (2005): Psychosoziale Belastungen für Kinder und Jugendliche – Konsequenzen neoliberaler Politik. In: Renner, E, Anzengruber, G. (Hrsg.): Zwei Seiten einer Medaille – Informationen zu Aufrüstung und Sozialabbau. Schulheft 117, Wien: Studienverlag, 46-51
- Berger, E.** (2006): Herausforderung an die Kinder- und Jugendpsychiatrie. In: Neuropsychiatrie. Bd. 20, Nr. 2, 81-82
- Berger, E.; Aichhorn, W.; Friedrich, M.; et al.** (2006): Kinder- und Jugendpsychiatrische Versorgung in Österreich. In: Neuropsychiatrie. Bd. 20, Nr. 4, 86-90
- Berger, E.; Elstner, T.** (2002): Entwicklung von Kindern substanzabhängiger Mütter. Kinderneuropsychiatrische Evaluationsstudie 1995-2001 des Wiener Comprehensive Care Projects. Endbericht im Mai 2002. Online unter: http://www.univie.ac.at/kjnp-rehab-integra/projekt/kinder_substanzabhaengiger_muetter_kurz.htm [2009-06-03]
- Bilke, O.** [2009]. Klassifikationssysteme und interdisziplinäre Kooperation. Was verbindet MAS, OPD-KJ, ICF und MAD-J? Online unter: http://www.mad-j.de/index.php?option=com_content&task=view&id=43&Itemid=59 [2009-01-18]
- Bleuler, E.** (1983): Lehrbuch der Psychiatrie. Berlin u.a.: Springer, 15.Auflage
- Bleuler, M.** (1972): Die schizophrenen Geistesstörungen. im Lichte langjähriger Kranken- und Familiengeschichten. Stuttgart: Thieme
- Bogner, A.; Menz, W.** (2005): Expertenwissen und Forschungspraxis: die modernisierungstechnische und die methodische Debatte um die Experten. Zur Einführung in ein unübersichtliches Problemfeld. In: Bogner, A.; Littig, B.; Menz, W. (Hg.): Das Experteninterview. Theorie, Methode, Anwendung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 2. Auflage, 7-30
- Bohus, M. et al.** (1998): Kinder psychisch kranker Eltern. Eine Untersuchung zum Problembewusstsein im klinischen Alltag. In: Psychiatrische Praxis. H. 25, 134-138
- Bortz, J.; Döring, N.** (2006): Forschungsmethoden und Evaluation. Für Human- und Sozialwissenschaftler. Berlin: Springer, 4. Auflage
- Brumm, J.** (2005): Verantwortung für eine „neue“ Zielgruppe übernehmen – Erfahrungen in einer Erziehungsberatungsstelle. In: Mattejat, F.; Lisofsky, B. (Hrsg.) ...nicht von schlechten Eltern – Kinder psychisch Kranker. Bonn: Psychiatrie Verlag, 5. Auflage, 92–96
- Bundesministerium für Gesundheit und Frauen BmFG** (2005): Das Gesundheitswesen in Österreich. Broschüre. Wien. 4.Auflage, Online unter: <http://www.bmgf.gv.at> [2009-05-31]
- Castell, R.; Nedoschill, J.; Rupps, M.; Bussiek, D.** (2003): Geschichte der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Deutschland in den Jahren 1937 bis 1961. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- Child Guidance – Institut für Erziehungshilfe** [2008]: Jahresbericht 2008. Online unter: <http://www.erziehungshilfe.org> [2009-06-30]
- Child Guidance – Institut für Erziehungshilfe** [2009]: Institut für Erziehungshilfe. Child Guidance Clinice. Hilfe für Kinder, Jugendliche und Eltern. Homepage. Online unter: <http://www.erziehungshilfe.org> [2009-06-30]
- Datler, W.** (1999): Erziehungsberatung und die Annahme eines dynamischen Unbewußten. Über einige Charakteristika psychoanalytisch-pädagogischer Erziehungsberatung. In: Datler, W.; Figdor, H.; Gstach, J. (Hrsg.): Die Wiederentdeckung der Freude am Kind. Psychoanalytisch-pädagogische Erziehungsberatung heute. Gießen: Psychosozial Verlag, 11–31

- Deneke, C.** (2004): Kinder psychisch kranker Eltern. Entwicklungsprobleme und präventive Ansätze. In: Pro Jugend, Jg. 7, H.1, 4-9
- Deneke, C.; Lüders, B.** (2003): Besonderheiten der Interaktion zwischen psychisch kranken Eltern und ihren kleinen Kindern. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie Jg. 52, Nr. 3, 172-181
- Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information DIMDI** (2008): Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, ICD-10-GM 2009, Kapitel V (F), 10.Revision
- Die Boje** [2009]: Die BOJE - Ambulatorium für Kinder und Jugendliche in Krisensituationen. Homepage. Online unter: <http://www.die-boje.at/> [2009-06-03]
- Diem-Wille, G.** (2003): Das Kleinkind und seine Eltern: Perspektiven psychoanalytischer Babybeobachtung. Stuttgart: Kohlhammer
- Dimova, A.; Pretis, M.** [2009]: S.I.N.N. – Sozial Innovatives Netz. Homepage. Online unter: <http://www.sinn-evaluation.at/> [2009-08-13]
- Dierks, H.** (2001). Präventionsgruppen für Kinder psychisch kranker Eltern im Schulalter („Aurynggruppen“). In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie. Jg 50., 560-568
- Doppel, R.; Lienbacher, K.** (2005): Familienintensivbetreuung bei psychisch kranken Eltern. Konzept. Gänserndorf
- Dornes, M.** (2000): Die emotionale Welt des Kindes. Frankfurt a. Main: Fischer, 5. Auflage
- Dornes, M.** (2000a). Vernachlässigung und Misshandlung aus der Sicht der Bindungstheorie. In: Egle, U.T. (Hrsg.): Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung. Erkennung und Therapie psychischer und psychosomatischer Folgen früher Traumatisierungen. Stuttgart: Schattauer, 2. Auflage, 65-78
- Dörner, K.; Plog, U.; Teller, C.** (2002): Irren ist menschlich. Lehrbuch der Psychiatrie und Psychotherapie. Bonn: Psychiatrie Verlag
- Downey, G.; Coyne J.C.** (1990): Children of depressed parents: An integrative review. In: Psychological Bulletin, H. 108, 50–76
- Dülks, R.** (2003): Heilpädagogische Entwicklungsförderung von Kindern mit psychosozialen Auffälligkeiten. In: Praxis für Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie Jg. 52, Nr.3, 182-193
- Elstner, T.; Fiala-Preinsperger, S.; Berger, E.** (2006): Entwicklungsbegleitung von Kindern substanzabhängiger Mütter – das Wiener Comprehensive Care Modell. In: Neuropsychiatrie. Bd. 20, Nr. 2, 109-117
- Elternforum.** Die Informations- und Kommunikationsplattform für Eltern (2004): Postpartale Depressionen: Nicht unterschätzen – wirksame Präventionen möglich. Online unter: <http://www.elternforum.at/article.php?sid=927> [2009-06-03]
- Felber, W.** (2003): Affektive Störungen. Depression. In: Gastpar, M.; Kasper, S.; Linden, M. (Hrsg.): Psychiatrie und Psychotherapie. Wien/New York: Springer, 2. Auflage, 117-140
- Figdor, H.** (1995): Psychoanalytisch-pädagogische Erziehungsberatung. Die Renaissance einer "klassischen" Idee. Wien: APP Wien
- Figdor, H.** (1999): Aufklärung, verantwortete Schuld und die Wiederentdeckung der Freude am Kind. Grundprinzipien des Wiener Konzeptes psychoanalytisch-pädagogischer Erziehungsberatung. In: Datler, W.; Figdor, H.; Gstach, J. (Hrsg.): Die Wiederentdeckung der

- Freude am Kind. Psychoanalytisch-pädagogische Erziehungsberatung heute. Gießen: Psychosozial Verlag, 32–60
- Figdor, H.** (2007): Praxis der psychoanalytischen Pädagogik II. Vorträge und Aufsätze. Gießen
- Fischer, P.** (o.J.): Therapieresistente Depressionen. Hochschulsriptum. Medizinische Universität Wien. Version 6.0
- Fit for Kids** [2009]: Fit for Kids. ARGE Erziehungsberatung. Homepage. Online unter: www.fitforkids.at [2009-06-30]
- Fonds Soziales Wien** (o.J.): Mütterglück – glückliche Mütter? Postpartale Depressionen – Wichtige Adressen. Ein Verzeichnis für ExpertInnen zur professionellen Weitervermittlung von Frauen mit postpartalen Depressionen. Broschüre. Korneuburg: Überreuther
- Flick, U.** (2006): Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung. Hamburg: Rowohlt, 4. Auflage
- Friedrich, M.H.** (2006): Entwicklung der kinder- und jugendpsychiatrischen Forensik in Österreich. In: Neuropsychiatrie. Bd. 20, Nr. 2, 91-95
- Gaebel, W.; Falkai, P.** (2003): Schizophrenie, Schizotyper und wahnhaftige Störungen. In: Gastpar, M.; Kasper, S.; Linden, M. (Hrsg.): Psychiatrie und Psychotherapie. Wien/New York: Springer, 2. Auflage, 97-116
- Gutierrez-Lobos, K.; Trappl, E.** (2006): Wiener Psychiatriebericht, Stadt Wien (Hrsg.), Bd 1., Strukturentwicklung, Wien
- Grasgruber, A.; Katschnig, H.; Meise, U.; Schöny, W.** (2002): Einstellungen der österreichischen Bevölkerung zu Schizophrenie. In: Neuropsychiatrie, Bd. 16, Nr. 1 und 2, 54-67
- Grünewald, F.** [2009]: Entschliessungsantrag des Abgeordneten Grünewald, Fraudinnen und Freunde betreffend Etablierung kostenfreier Therapien für Kinder und Jugendliche. 518/A(E) XXIV.GP – Entschliessungsantrag 11.März 2009. Online unter: [http://web81.webbox3.server-home.org/518A\(E\).pdf](http://web81.webbox3.server-home.org/518A(E).pdf) [2009-12-12]
- Grossmann, K.E.** (2004): Theoretische und historische Perspektiven der Bindungsforschung. In: Ahnert, L. (Hrsg.): Frühe Bindung. Entstehung und Entwicklung. München: Ernst Reinhardt Verlag, 21- 41
- Hartmann, H.P.** (2001). Stationär-psychiatrische Behandlung von Müttern mit ihren Kindern. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychotherapie, Jg. 50, 537-551
- Hipp, M.; Staets, S.** (2003). Familiäre Ressourcen stärken. Das Präventionsprojekt „KIPKEL“. In: Soziale Praxis, Jg. 3., 27-30
- Holtmann, M.; Laucht, M.** (2007): Biologische Aspekte der Resilienz. In: Opp, G.; Fingerle, M. (Hrsg.): Was Kinder stärkt. Erziehung zwischen Risiko und Resilienz. München: Ernst Reinhardt Verlag, 2.Auflage, 32–44
- Hüther, G.** (2007): Resilienz im Spiegel entwicklungsneurobiologischer Erkenntnisse. In: Opp, G.; Fingerle, M. (Hrsg.): Was Kinder stärkt. Erziehung zwischen Risiko und Resilienz. München: Ernst Reinhardt Verlag, 2.Auflage, 45–56
- HPE Österreich** [2009]: HPE Hilfe für Angehörige psychisch Erkrankter. Homepage. Online unter: <http://www.hpe.at/index.html> [2009-06-15]

Ittel, A.; Scheithauer, H. (2007): Geschlecht als "Stärke" oder "Risiko"? In: Opp, G.; Fingerle, M. (Hrsg.): Was Kinder stärkt. Erziehung zwischen Risiko und Resilienz. München: Ernst Reinhardt Verlag, 2.Auflage, 98–115

KAV - Wiener Krankenanstaltenverbund [2009]: Sozialmedizinisches Zentrum Baumgartner Höhe, Otto Wagner-Spital mit Pflegezentrum. Homepage. Online unter: <http://www.wienkav.at/kav/ows> [2009-06-03]

Kasper, S. (2003): Angststörungen, Zwangsstörungen, Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen. In: Gastpar, M.; Kasper, S.; Linden, M. (Hrsg.): Psychiatrie und Psychotherapie. Wien/New York: Springer, 2. Auflage, 151-190

Kempf, M. et al. (2001). Mutter-Kind-Behandlungen im Rahmen gemeindepsychiatrischer Pflichtversorgung. Klinisches Behandlungskonzept und Erfahrungen während fünf Jahren. In: Psychiatrische Praxis, Jg. 28, 123-127

Keller, M. B.; Beardslee, W. R.; Dorer, D. J.; Lavori, P. W.; Samuelson, H.; Klerman, G. R. (1986): Impact of severity and chronicity of parental affective illness on adaptive functioning and psychopathology in children. In: Archives of General Psychiatry, H. 42, 930–937

Kerler, S. (2002): Kiesel - Kinder von Eltern mit Seelischen Leiden. Gruppe. Infobroschüre des Arbeitskreises für Vorsorge- und Sozialmedizin Vorarlberg, Götzis und Online unter: www.aks.or.at [2009-10-19]

KHR – Krankenhaus Hietzing mit Neurologischem Zentrum Rosenhügel [2009]: Homepage: Krankenhaus Hietzing mit Neurologischem Zentrum Rosenhügel. Online unter: <http://www.wienkav.at/kav/khl/ZeigeAnsprech.asp?ID=10881> [2009-06-03]

Koch-Stöcker, S. (2001): Zur Wirkung mütterlicher schizophrener Psychosen auf die Entwicklungspotenziale ihrer Kinder. In: Schone, R.; Wagenblass, S. (Hrsg.): Kinder psychisch kranker Eltern zwischen Jugendhilfe und Erwachsenenpsychiatrie. Weinheim und Münster: Juventa, 2. Auflage, 48-64

Kontrollamt der Stadt Wien [2008]: Tätigkeitsbericht. Geschäftsgruppen für Gesundheit und Soziales sowie für Bildung, Jugend, Information und Sport, Prüfung der Versorgung von entwicklungsgefährdeten und entwicklungsgestörten Kindern und Jugendlichen sowie psychosomatisch und/oder psychiatrisch kranken Kindern und Jugendlichen. Online unter: www.kontrollamt.wien.at [2009-09-18]

Koska, C. [1999]: Setting Familie: Psychisch kranke Eltern – kranke Familien – kranke Kinder? Ein unabwendbares Schicksal? 1. Österreichische Präventionstagung. Online unter: http://www.fgoe.org/veranstaltungen/fgoe-konferenzen-und-tagungen/archiv/1-oesterreichische-praeventionstagung-aspekte-seelischer-gesundheit/1-pt-wien_abstract-koska.pdf [2009-09-21]

Kölch, M.; Schmid, M. (2008): Elterliche Belastung und Einstellung zur Jugendhilfe bei psychisch kranken Eltern. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, Jg. 57, H. 10, 774–788

Krautgartner, M.; Unger, A.; Gössler, R. et al. (2007): Minderjährige Angehörige von Schizophrenie-Kranken: Belastungen und Unterstützungsbedarf. In: Neuropsychiatrie. Bd. 21, Nr. 4, 267-274

Kuratorium für psychosoziale Dienste in Wien (o.J.): Sozialpsychiatrische Behandlung und Rehabilitation für Menschen mit psychischen Erkrankungen. Psychosoziale Dienste Wien. Broschüre

- Laucht, M.; Esser, G.; Schmidt, M.H.** (2002): Heterogene Entwicklung von Kindern postpartal depressiver Mütter. In: Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie. Jg. 31, H. 2, 127-134
- Laucht, M.; Schmidt, M.H.; Esser, G.** (2002a): Motorische, kognitive und sozial-emotionale Entwicklung von 11-jährigen mit frühkindlichen Risikobelastungen: späte Folgen. In: Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie. 30(1), 2002, 5-19
- Laucht, M.; Schmidt, M.H.; Esser, G.** (2002 b): Längsschnittforschung zur Entwicklungsepidemiologie psychischer Störungen: Zielsetzung, Konzeption und zentrale Befunde der Mannheimer Risikostudie. In: Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie 2000, Vol. 29, Nr. 4, 246-262
- Laucht, M.; Esser, G.; Schmidt M.H.** (1998): Frühe Mutter-Kind-Beziehung: Risiko- und Schutzfaktoren für die Entwicklung von Kindern mit organisch und psychosozialen Belastungen – Ergebnisse einer prospektiven Studie von der Geburt bis zum Schulalter. In: Vierteljahrszeitschrift für Heilpädagogik. Jg. 1998, H. 4, 381-391
- Laucht, M.; Esser, G.; Schmidt, M. H. et al.** (1992): „Risikokinder“: Zur Bedeutung biologischer und psychosozialer Risiken für die kindliche Entwicklung in den beiden ersten Lebensjahren. In: Praxis für Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, H. 41, 247-285
- Lawson, C.A.** (2002): Borderline-Mütter und ihre Kinder. Wege zur Bewältigung einer schwierigen Beziehung. Gießen: Psychosozial-Verlag
- Lazarus, H.** (2003): Zum Wohle des Kindes? Psychisch erkrankte Eltern und die Sorgerechtsfrage. In: Soziale Psychiatrie. H. 3, 22- 26. Online unter: http://www.psychiatrie.de/data/pdf/09/01/00/sp101_22.pdf [2008-08-15]
[2008-08-15]
- Lägel, I.** (2008): Präventive Arbeit mit Kinder psychisch kranker Eltern. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, Jg. 57, H. 10, 789–801
- Lenz, A.** (2009). Kinder psychisch kranker Eltern. Risiken, Belastungen, Resilienzen. Tagungsdokumentation. „Jetzt bin ich dran... Kinder psychisch kranker Eltern“ vom 02.Oktober 2009. Power Point Präsentation. Stockerau.
- Lenz, A.** (2008): Interventionen bei Kindern psychisch kranker Eltern. Grundlagen, Diagnostik und therapeutische Maßnahmen. Göttingen u.a.: Hogrefe
- Lenz, A.** (2008a): Prävention für Kinder psychisch kranker Eltern – eine Aufgabe für Jugendhilfe und Psychiatrie. Online unter: <http://www.ism-mainz.de/admin/upload/File/Prof.%20Dr.%20Lenz%20Vortrag%20am%20Vormittag.pdf>
- Lenz, A.** (2005): Kinder psychisch kranker Eltern. Göttingen u.a.: Hogrefe.
- Lenz, A.** (2001): Partizipation von Kindern in Beratung und Therapie. Entwicklungen, Befunde und Handlungsperspektiven. Weinheim, München: Juventa
- Lenz, G.; Küfferle, B.** (1998): Klinische Psychiatrie. Grundlagen, Krankheitslehre und spezifische Therapiestrategien. Wien: Facultas Universitäts-Verlag

- Lösel, F.; Bender, D.** (2007): Von generellen Schutzfaktoren zu spezifischen protektiven Prozessen. In: Opp, G.; Fingerle, M. (Hrsg.): Was Kinder stärkt. Erziehung zwischen Risiko und Resilienz. München: Ernst Reinhardt Verlag, 2.Auflage, 57–78
- MAG ELF - Servicestelle** (Magistratsabteilung 11) [2009]: MAG ELF Amt für Jugend und Familie. Homepage. Online unter: <http://www.wien.gv.at/menschen/magelf/> [2009-07-30]
- MAG ELF** (2007): MAG ELF Info: Unterstützung der Erziehung. Info Nr. 01/2007. Wien
- MAG ELF** (2006): MAG ELF Info: Krisenzentren und Krisenpflegeeltern der MAG ELF. Info Nr. 03/2006. Wien
- MAG ELF** (2004): MAG ELF Info: Das Abklärungsverfahren. Info Nr. 01/2004. Wien
- Magistrat der Stadt Wien. MAG ELF – Amt für Jugend und Familie** (2009): MAG ELF 2008. Jahresbericht der MAG ELF – Amt für Jugend und Familie. Wien
- Mann, K** (2003): Alkoholabhängigkeit. In: Gastpar, M.T.; Kasper, S.; Linden, M. (Hrsg.): Psychiatrie und Psychotherapie. Wien/New York: Springer, 2. Auflage, 55-64
- Mattejat, F.** (2005): Kinder mit psychisch kranken Eltern – Was wir wissen und was zu tun ist. In: Mattejat, F., Lisofsky, B. (Hrsg.): ...nicht von schlechten Eltern. Kinder psychisch Kranker. Bonn: Psychiatrie Verlag, 5. Auflage, 66–78
- Mattejat, M.; Wüthrich, C.; Remschmidt, H.** (2000): Kinder psychisch kranker Eltern. Forschungsperspektiven am Beispiel von Kindern depressiver Eltern. In: Der Nervenarzt, H. 3, 164-172
- Mayring, P.** (2002): Einführung in die Qualitative Sozialforschung. Weinheim und Basel: Beltz, 15. Auflage
- Meuser, M.; Nagel, U.** (2005): ExpertInneninterviews - vielfach erprobt, wenig bedacht. Ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion. In: Bogner, A.; Littig, B.; Menz, W. (Hrsg.): Das Experteninterview. Theorie, Methode, Anwendung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 2. Auflage, 71-94
- Nationales Zentrum Frühe Hilfen** [2009]: Begriffsbestimmung „Frühe Hilfen“. Online unter: <http://www.fruehehilfen.de/4010.0.html> [2009-09-21]
- OBDS – Österreichischer Berufsverband der SozialarbeiterInnen** [2009]: Wir warten auf die nächste Katastrophe oder der Supergau in der Jugendwohlfahrt steht bevor. Pressekonferenz Wien, am 10.6.2009. Online unter: <http://www.wien-sozialarbeit.at/index.html> [2009-09-19]
- Opp, G.; Fingerle, M.; Freytag, A.** (Hrsg.) (1999): Was Kinder stärkt. Erziehung zwischen Risiko und Resilienz. München: Ernst Reinhardt Verlag
- ÖGKJP Österreichische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie** [2009]: Homepage ÖGKJP. Online unter: <http://www.oegkip.at/> [2009-06-03]
- ÖGKJP Österreichische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie** (2004): Versorgungsstrukturen für Kinder und Jugendliche bei psychischen Störungen und Krankheiten. Online unter: http://www.psyweb.at/download/KJNP_Leitlinien_VERSORGUNGSSTRUKTUREN_200406.pdf [2009-06-03]
- Österreichische Liga für Kinder- und Jugendgesundheit** [2009]: Österreichische Liga für Kinder- und Jugendgesundheit. Online unter: <http://www.kinderjugendgesundheit.at/> [2009-09-09]

- Parlamentarischer Gesundheitsausschuss** [2009]: Sitzung des parlamentarischen Gesundheitsausschusses (GA) am 8.5.2009. Zusammenfassung. Online unter: http://web81.webbox3.server-home.org/parl_GA_090508.pdf [2009-09-18]
- PKJ Universitätsklinik für Psychiatrie des Kindes- und Jugendalters** [2009]: medizinische Universität Wien / AKH Wien. Online unter: <http://www.meduniwien.ac.at/neuropsychiatrie/verweise.htm> [2009-06-25]
- Pollak, E.; Bullinger-Naber, M.; Jeske, J.; Wiegand-Grefe, S.** (2008): Wie beurteilen psychisch kranke Eltern die gesundheitsbezogene Lebensqualität ihrer Kinder? Zusammenhänge zur elterlichen Erkrankung und zur Funktionalität der Familie. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, Jg. 57, H. 4, 301–314
- Pretis, M.** (2007): Kinder psychisch kranker Eltern. Power Point Presentation. Online unter: http://kipsykel.fhstp.ac.at/downloads/arbeitsmaterialien/Pr%C3%A4sentation_SINN_Graz.pdf [2009-10-19]
- Pretis, M.; Dimova, A.** (2004): Frühförderung mit Kindern psychisch kranker Eltern. München: Ernst Reinhardt Verlag
- Pretis, M.; Dimova, A.** (2003): "Vergessene Kinder". Frühförderung bei Kindern psychisch kranker Eltern - Eine programmatische Perspektive. In: Frühförderung interdisziplinär, Jg. 22, H. 4, 166-174
- Projekt Taka Tuka.** Homepage [2009]: Caritas-Diözese Innsbruck. Einrichtungen. Online unter: http://www.caritas-innsbruck.at/einrichtungen.cfm?mode=showseite1&e_id=53 [2009-10-19]
- Psychosoziale Dienste Wien** [2009]: Psychosoziale Dienste Wien. Homepage. Online unter: <http://www.psd-wien.at/psd/> [2009-14-04]
- Reiner-Lawugger, C.** (2009): Spezialambulanz für perinatale Psychiatrie. Betreuung psychisch kranker Mütter und ihrer Kinder am Otto Wagner Spital. In: Kontakt. Zeitschrift der HPE Österreich. Jg. 32, Nr. 2, 8-10
- Remschmidt, H.** (2008). Klassifikation psychischer Störungen. In: Lentze, M.J.; Schulte, F.J.; Schaub, J.; Spranger, J. Pädiatrie. Klassifikation psychischer Störungen. Berlin, Heidelberg: Springer, 3. vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage, 1563- 1574
- Remschmidt, H.; Mattejat, F.** (1994): Kinder psychotischer Eltern – Eine vernachlässigte Risikogruppe. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, Jg. 43, H. 8, 295-299
- Remschmidt, H.; Mattejat, F.** (1994a): Kinder psychotischer Eltern – Mit einer Anleitung zur Beratung von Eltern mit einer psychotischen Erkrankung. Göttingen: Hogrefe
- Riffer, F.; Lupac, A.; Schlüter, M.; Schwarz, E.** (2008): Vier Jahre stationäre Mutter-Kind Behandlung an einer psychiatrischen Akutabteilung. Sozialpsychiatrische Abteilung Waidhofen/Thaya, Landeslinik Niederösterreich, Österreich. In: Psychiatrie & Psychotherapie 1/2008, 1-4
- Rutter, M.** (1985): Resilience in the face of adversity: Protective factors and resistance to psychiatric disorder. British Journal of Psychiatry, H. 147, 598-611
- Rutter, M.; Quinton, D.** (1984): Parental psychiatric disorders: Effects on children. In: Psychological Medicine, H. 14, 853–880
- Saß, H.; Herpertz, S.** (2003): Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen. In: Gastpar, M.; Kasper, S.; Linden, M. (Hrsg.): Psychiatrie und Psychotherapie. Wien/New York: Springer, 2. Auflage, 217-237

Schlüter-Müller, S. (2009). AURYN – präventive Hilfen für Kinder psychisch erkrankter Eltern. Konzept. Frankfurt a. Main.

Schlüter-Müller, S. (2007): Kinder psychisch kranker Eltern – eine Hochrisikopopulation: Biographien betroffener Persönlichkeiten. Power Point Präsentation. Online unter: http://www.uniklinik-ulm.de/fileadmin/Kliniken/Kinder_Jugendpsychiatrie/Praesentationen/schlue_mue_TagungGz_2007.pdf [2008.08.21]

Schone, R. (2005): Die Unterstützung der Familie hat Vorrang. Zur Wahrnehmung der elterlichen Sorge durch psychisch Kranke. In: Mattejat, F.; Lisofsky, B. (Hrsg.): ...nicht von schlechten Eltern. Kinder psychisch Kranker. Bonn: Psychiatrie-Verlag, 5. Auflage, 107–119

Schone, R.; Wagenblass, S. (2006): Wenn Eltern psychisch krank sind...– Kindliche Lebenswelten und institutionelle Handlungsmuster. Münster: Votum, 2. Auflage

Schöny, W. (2009): Der Weg der psychosozialen Reha. In: Pro Mente Austria. Zeitschrift des österreichischen Dachverbandes der Vereine und Gesellschaften für psychische und soziale Gesundheit. Nr. 2, 4

Schöny, W. (2002): Schizophrenie hat viele Gesichter. Die österreichische Kampagne zur Reduktion des Stigmas und der Diskriminierung wegen Schizophrenie. In: Neuropsychiatrie, Bd. 16, Nr. 1 und 2, 48-53

Schuch, B. (1997): Entwicklungspsychologie. In: Reinelt, T.; Bogyi, G.; Schuch, B. (Hrsg.): Lehrbuch der Kinderpsychotherapie. München: Ernst Reinhardt Verlag, 51-60

Sollberger, D. (2002): Kinder psychosekranker Eltern. In: Psychiatrische Praxis, H. 29, 119-124

Sickendiek, U.; Engel, F.; Nestmann, F. (1999): Beratung. Eine Einführung in sozialpädagogische und psychosoziale Beratungsansätze. Berlin: Juventa

Sommer, R.; Zoller, P.; Felder, W. (2001): Elternschaft und Psychiatrische Hospitalisation. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, Jg. 50, H. 7, 498–512

Staets, S.; Hipp, M. (2001). KIPKEL – ein interdisziplinäres ambulantes Präventionsprojekt für Kinder mit psychisch kranken Eltern. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie. Jg. 50, 569-579

Stöger, P. (1996): Übersehen und vernachlässigt – Kinder psychisch kranker Eltern. In: Psychosoziale Umschau, H. 2, 8–10

Stöger, P. (1999): Die Kinder psychisch kranker Eltern. In: Psychopraxis, H. 5, 22–28

Stöger, P.; Mückstein, E. (1995): Die Kinder der Patienten - Versuch einer Prävention. In: Sozialpsychiatrische Informationen, Psychiatrie-Verlag, Jg. 25, 2. Quartal, 27–31

Thau, K. (2003): Bipolare Erkrankungen. In: Gastpar, M.; Kasper, S.; Linden, M. (Hrsg.): Psychiatrie und Psychotherapie. Wien/New York: Springer, 2. Auflage, 141-150

Töle, R.; Windgassen, K. (2006): Psychiatrie einschließlich Psychotherapie. Heidelberg. Springer

Trautmann-Villalba, P. (2006): Erlebte Bindung und Mutter-Kind-Interaktion bei postpartal depressiven Müttern. Power Point Präsentation. 1. Tagung der Mutter-Kind-Behandlungseinheiten. Wiesloch/Heidelberg, Online unter: http://www.mutter-kind-behandlung.de/downloads/trautmann_villalba.pdf [2009-09-21]

- Unger, A.; Krautgartner, M.; Freidl, M. et al.** (2005): Der Bedarf der Angehörigen Schizophrenie-Kranker. In: Neuropsychiatrie, Bd. 19, Nr. 4, 141-147
- Vavrik, K.** [2009]: Recht auf Gesundheit für Kinder und Jugendliche. 5 zentrale Forderungen an die neue Regierung. Online unter: http://www.unicef.at/fileadmin/medien/pdf/Klaus_Vavrik_-_PK_NC.pdf [2009-09-21]
- Vavrik, K.; Damm, L.** [2006]: Kindergesundheit. Neue Anforderungen – Moderne Lösungen. Power Point Präsentation. Online unter: http://www.kinderjugendgesundheit.at/uploads/media/Liga_fuer_Kindergesundheit.pdf [2009-09-16]
- VKKJ.** [2009]: VKKJ. Vereinigung zugunsten körper- und mehrfachbehinderter Kinder und Jugendlicher für Wien, Niederösterreich und das Burgenland Online unter: <http://www.vkkj.at/> [2009-09-16]
- Verein Freiräume – für Menschen mit psychischen Problemen** (2007): Die Wiener Seele in Not. Einrichtungen und Angebote für Menschen in psychischen Krisen. Ein Überblick über die sozialpsychiatrische Landschaft Wiens. Broschüre. Wien: Wienwork, 3.Auflage
- Warbanoff, M.** (2009): Taka Tuka – Wie das Tiroler Projekt Kindern psychisch kranker Eltern hilft. In: Kontakt. Zeitschrift der HPE Österreich. Jg. 32, Nr. 2, 19-20
- Wattendorf, J.** (2007): Erziehungsberatung zwischen Theorie und Praxis. Eine vergleichende Analyse professioneller Handlungsstrukturen. Berlin: Logos
- Werner, E.E.** (2007): Entwicklung zwischen Risiko und Resilienz. In: Opp, G.; Fingerle, M.; (Hrsg.): Was Kinder stärkt. Erziehung zwischen Risiko und Resilienz. München: Ernst Reinhardt Verlag, 2.Auflage, 20–32
- Witt, H.** (2001): Forschungsstrategien bei quantitativer und qualitativer Sozialforschung. Forum Qualitative Sozialforschung / Forum Qualitative Sozial Research, 2 (1), Art. 8, Online unter: <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs010189>. [2009-02-06]
- Wittchen, H.U.** (2005): Psychische Störungen in Deutschland und der EU. Größenordnung und Belastung. Online unter: <http://www.tu-dresden.de/presse/psyche.pdf> [2009-06-24]
- Witzel, A.** (2000): Das problemzentrierte Interview. Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitativ Social Research, 1 (1), Art. 22, Online unter: <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0001228> [2009-02-06]

Anhang

Adressenliste

Wien

Department für Perinatale Psychiatrie	Department für Perinatale Psychiatrie Sozialmedizinisches Zentrum Baumgartner Höhe - Otto Wagner Spital Frau Dr. Reiner-Lawugger Adresse: 1140 Wien, Baumgartner Höhe 1 Telefon: (+43 1) 910 60 - 20720 Fax: (+43 1) 910 60 - 49857 Internet: www.wienkav.at/kav/ows/medstellen_anzeigen.asp?ID=1499
HPE Wien	HPE Wien Bernardgasse 36/14 1070 Wien Auskunft unter Tel.: 01/5264202 Homepage: http://www.hpe.at/sitex/index.php/page.101/
Kinder- und Jugendpsychiatrie AKH Wien	Allgemeines Krankenhaus – Universitätsklinik AKH Wien Währinger Gürtel 18-20, 1090 Wien Tel. (+43 1) 404 00-0 Fax. (+43 1) 404 00 – 1212 Homepage: http://www.akhwien.at/ Universitätsklinik für Psychiatrie des Kindes- und Jugendalters Vorstand: O. Univ. Prof. Dr. M. H. Friedrich Währinger Gürtel 18-20, A-1090 Wien Tel.: +43 1 40400 3012 Fax: +43 1 40400 2793 email: pkj@meduniwien.ac.at Homepage: http://www.meduniwien.ac.at/pkj/
Kinder- und Jugendpsychiatrie Rosenhügel	Kinder- und Jugendpsychiatrie des Krankenhaus Hietzing mit Neurologischem Zentrum Rosenhügel (KJP-NRZ) Riedelgasse 5, 1130 Wien Ärztliche Leitung: Prim. Dr. Ralf Gössel Telefon:(+43 1) 880 00 - 361 Fax: (+43 1) 880 00 – 360 Homepage: http://www.wienkav.at/kav/KHL/ZeigeAnsprech.asp?ID=10881
MAG ELF	MAG ELF – Amt für Jugend und Familie E-Mail: service@mail1.wien.gv.at Homepage: http://www.wien.gv.at/menschen/magelf/
PSD Wien	PSD – Psychosoziale Dienste Wien Notfälle: 01 / 313 30 Homepage: http://www.psd-wien.at/psd/ Kinder- und Jugendpsychiatrisches Ambulatorium mit Tagesklinik Akaziengasse 44 – 46, 1230 Wien Tel.: 01 6992319 Homepage: http://www.psd-wien.at/psd/59.html

<p>Ambulatorien des VKKJ</p>	<p>Ambulanzverzeichnisse der VKKJ Vereinigung zugunsten körper- und mehrfachbehinderter Kinder und Jugendlicher für Wien, NÖ und das Burgenland 1150 Wien, Graumanngasse 7 <i>Geschäftsführung: Mag. Marion Rinnofner, Mag. Andreas Steuer</i> Tel.: 01 985 25 72 Fax: 01 985 25 72 20 e-mail: office@vkkj.at Internet: www.vkkj.at</p> <p>Sozialpädiatrisches Ambulatorium Fernkorngasse Diagnostik, Beratung u. Therapie f. entwicklungsgefährdete Kinder, Jugendliche und deren Familien Fernkorngasse 91, 1100 Wien Ärztliche Leitung: Prim. Dr. Vavrik Mo – Fr. 08.00-17.00 Tel.: 01/607 29 87 Email: office@fkg.vkkj.at Homepage: http://www.vkkj.at/</p>
<p>APP</p>	<p>Psychoanalytisch-Pädagogische Erziehungsberatungsstellen Mariahilferstr. 53/15, A-1060 Wien Tel.: ++43/1 586 85 66 (Vorstand) Grundsteing. 13/2-4, A-1160 Wien Tel.: ++43/1 403 01 60 (Sekretariat) Homepage: http://www.app-wien.at/</p>
<p>Child Guidance</p>	<p>Child Guidance - Institut für Erziehungshilfe A-1050, Margaretengürtel 100-110/6/1 Tel. 544 13 20 oder 544 27 51 oder 544 13 20 30</p> <p>A-1100, Sahulkastraße 5/Stg35/1.St. Tel. 616 16 74 oder 616 16 75 oder 616 16 75</p> <p>A-1110, Geystraße 2 / R 8 Tel. 979 22 34 oder 979 15 70 979 22 34</p> <p>A-1190, Heiligenstädterstraße 82/14 Tel. 368 12 35 oder 368 31 12 oder 368 12 35</p> <p>A-1210, Schloßhoferstr. 4 Stiege 7/3. Stock Tel. 271 63 28 oder 271 63 28 33</p> <p>Homepage: http://www.erziehungshilfe.org/index.htm</p>
<p>BOJE</p>	<p>Die „BOJE“ Ambulatorium für Kinder und Jugendliche in Krisensituationen 1170 Wien, Hernalser Hauptstraße 15 (im Hof rechts), Telefon 01/406 66 02-13 Fax 01/406 66 02-22 Homepage: www.die-boje.at e-mail: ambulatorium.die-boje@chello.at</p>
<p>Pro Mente Wien</p>	<p>Pro Mente Wien Grüngasse 1A, 1040 Wien T +43 (0)1 513 15 30 – 0 F +43 (0)1 513 15 30 – 350 Email: office@promente-wien.at Homepage: http://www.promente-wien.at/</p>

Bundesländer

<p>JOJO</p>	<p>JOJO – Kindheit im Schatten“ Präventionsprojekt für Kinder psychisch kranker Eltern in Salzburg Lessingstrasse 6 5020 Salzburg Telefon: 0662/ 882252-16 E-Mail: aha-salzburg@hpe.at Homepage: www.aha-salzburg.at</p>
<p>S.I.N.N.</p>	<p>Initiative „S.I.N.N. – Sozial innovatives Netz“ in Graz Dr. Manfred Pretis, Dr. Aleksandra Dimova Haushamerstraße 1, 8054 Graz Tel: +43-699-12652070 Fax: ++43-316-251699 email: office@sinn-evaluation.at Homepage: http://www.sinn-evaluation.at/</p>
<p>ANANAS</p>	<p>Familienberatungsstelle ANANAS – Verein zur Förderung der Erziehungskompetenz von Familien, Niederösterreich <i>Beratungsstellen:</i> 2230 Gänserndorf, Bahnstraße 51, Telefon 02282/60466 (Leiter Mag. Thomas Feurle) 2020 Hollabrunn, Sparkassegasse 15, Telefon 02952/34262 (Leiterin Mag. Alexandra Horak) 3580 Horn, Piaristenpassage 22, Telefon 02982/35008 (Leiter Dr. Klaus Lienbacher) Homepage: http://www.ANANAS.at/index.htm</p>
<p>Kiesel</p>	<p>Projekt „Kiesel – Kinder von Eltern mit seelischem Leiden“ in Vorarlberg Frau Kerler aks Sozialmedizin GmbH Sozialpsychiatrische Dienste Wiedengasse 37, 6840 Götis Tel. 055 23/51 677 Email: E spd.g@aks.or.at Homepage: http://www.aks.or.at/</p>
<p>Taka Tuka</p>	<p>Projekt „TakaTuka“ der Caritas in Tirol Mag. Martin Warbanoff Tel: 0650-5333509 Mail: m.warbanoff.caritas@dibk.at Homepage: http://www.caritas-innsbruck.at/einrichtungen.cfm?mode=showseite1&e_id=53</p>
<p>Landeslinik Waidhofen a. d. Thaya</p>	<p>Stationäre Mutter-Kind Behandlung der sozialpsychiatrische Abteilung Waidhofen an der Thaya, Landeslinik Niederösterreich Moritz-Schadek-Gasse 31, 3830 Waidhofen a.d. Thaya Tel.: +43 2842/504-0 Ersatz-Tel.: +43 2842/90203-0 Email: office(at)waidhofen-thaya.lknoe.at Homepage: http://www.waidhofen-thaya.lknoe.at/landeslinikum-waldviertel-waidhofenthaya/das-landeslinikum-stellt-sich-vor.html</p>

Danksagung

Auf diesem Weg möchte ich all jenen danken, die mich während des Entstehens dieser Arbeit begleitet und unterstützt haben. Mein besonderer Dank gilt meinem Ehemann, meinen zwei tollen Söhnen, meinen Eltern und Schwiegereltern, die mir immer die notwendige Zeit gegeben haben um zu arbeiten und durch deren Unterstützung die Umsetzung dieses Studiums erst möglich wurde.

Meinem Diplomarbeitbetreuer Prof. Dr. Ernst Berger möchte ich für seine umfassende Betreuung danken. Durch seine guten Kontakte und umfangreichen Erfahrungen auf dem Gebiet war es mir möglich mit Fachleuten in Kontakt zu treten, die direkt betroffen von der Thematik sind und sehr engagiert für die Gesundheit und das Wohl von Kindern und Jugendlichen in Österreich tätig sind. Auch Ihnen sei an dieser Stelle herzlich gedankt für Ihre Bereitschaft mir Interviews zu geben.

Schließlich möcht ich den Müttern und Vätern danken, die so offen und herzlich bereit waren mit mir Gespräche zu führen, zu so einem überaus persönlichen und schwierigen Thema. Ich hoffe durch meine Arbeit auf die schwierige Situation betroffener Familien aufmerksam machen zu können und dadurch vielleicht eine Anstoß zu geben, dass diese Familien adäquate Hilfe und Unterstützung in Österreich bekommen.

ERKLÄRUNG

Ich erkläre hiermit, dass ich Sabine Tyoler die vorliegende Arbeit selbstständig verfasst habe. Die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken sind als solche kenntlich gemacht. Die Arbeit wurde bisher weder in gleicher noch in ähnlicher Form einer anderen Prüfungsbehörde vorgelegt und auch nicht veröffentlicht.

Sabine Tyoler

Lebenslauf

Persönliche Daten

Sabine Tyoler

Geboren am 21. Februar 1975 in Mödling / NÖ

Verheiratet, 2 Kinder

Sabine.Tyoler@gmx.at

Ausbildungszeiten bzw. Zeiten der Berufstätigkeit

2004 – 2009	Studium Pädagogik, Universität Wien <i>Schwerpunkte:</i> Heilpädagogik und Psychoanalytische Pädagogik
2003 - 2006	Karenzzeit 2. Sohn
2000 - 2003	Karenzzeit 1. Sohn
1997 - 2000	Handelsangestellte
1995 - 1997	Angestellte
1994 - 1997	Studium Pädagogik/Heilpädagogik, Universität Wien
Juli 1994	Matura an der Höheren Bundeslehranstalt für Kulturtouristik

Zeiten der Fortbildung und Praktika

2008	Praktikum in der Bibliothek für Sonder- und Heilpädagogik an der Universität Wien
1996	Praktikum bei der MA 12, Tageszentrum für Obdachlose: Straßensozialarbeit

Ehrenamtliche Mitarbeit

1995 Caritas, 1160 Wien

- Medizinische Versorgung für Menschen ohne Sozialversicherung
- Essensausgabe an Obdachlose
- Betreuung im Jugendobdachlosenheim JUCA

1994 Johanniter, 1180 Wien

- Krankentransporte, Rettungsdienst
- Mithilfe in der Notaufnahme des St. Anna Kinderspital
- Ehrenamtliche Mitarbeit in der Behindertenbetreuung