

Oktober 2009

Diplomarbeit von Simone Pfammatter
zur Erlangung des Diplom
Sozialarbeiterin FH

Kinder psychisch kranker Eltern



Werden von Fachpersonen des Erwachsenenbereichs
Interventionen für Kinder psychisch kranker Eltern
ergriffen?

Begleitende Dozentin
Frau Weger Gabriela
Dozentin an der Fachhochschule
Westschweiz

HES-SO WALLIS
Fachhochschule Westschweiz
Studiengang Soziale Arbeit
Soziale Arbeit BB/05

Schlüsselwörter

Kinder, Eltern, psychische Störung, Interventionen, Fachpersonen des Erwachsenenbereichs

Zusammenfassung

Die vorliegende Arbeit geht der Frage nach, ob Fachpersonen des psychosozialen Versorgungssystems des Erwachsenenbereichs für Kinder psychisch kranker Eltern Interventionen ergreifen. Die Untersuchung bezieht sich auf Fachpersonen des therapeutischen oder sozialen Bereichs der Institutionen „sozialpsychiatrische Spitex“, „Psychiatriezentrum Oberwallis“ und „Stiftung emera“. In der Untersuchung sind sieben Fachpersonen dieser Institutionen befragt worden.

Dabei sind mittels eines leitfadengestützten Experteninterviews Interventionen der Fachpersonen im Bereich Erfassung, Betreuung, Information, Triage und Schutz erfasst worden. Anhand der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring konnte aufgezeigt werden, dass die befragten Fachpersonen zu Beginn der Beratung oder Therapie abklären, ob ihre Klienten/Patienten Kinder haben. Während einem stationären Aufenthalt des Elternteils klären sie jedoch die Betreuung der Kinder nicht genügend ab und stellen diese auch nicht sicher. Kinder psychisch kranker Eltern werden nur von einem Teil der Fachpersonen informiert. Bei Auffälligkeiten der Kinder schalten die Fachpersonen entsprechende Institutionen ein. Bei der Gefährdung des Wohls des Kindes werden Institutionen, die im Bereich Kinder und Jugendliche tätig sind, von den Fachpersonen eingeschaltet.

Die Schlussfolgerung dieser Arbeit stellt weiterführende Fragestellungen auf und zeigt Vorschläge für die Praxis auf. Abschliessend wird die Arbeit in einer Bilanz persönlich bewertet und die begangenen Schritte analysiert.

Um den Lesefluss nicht zu stören, wird bei der vorliegenden Arbeit lediglich die männliche Form verwendet. Es sind jedoch jeweils beide Geschlechter gemeint.

Titelbild: Cellesche Zeitung (hrsg.), 2009.

Dank

Ein grosses Dankeschön geht an alle Fachpersonen, die mir für ein Interview zur Verfügung standen. Ihre Aussagen erlaubten es mir erst an die Daten zu gelangen und dadurch diese Arbeit verfassen zu können.

Ich danke meiner Expertin Frau Therese Zenhäusern, die mir ohne Zögern ihr Wissen über die Thematik zur Verfügung stellte und mir Anregungen gab, die für den weiteren Verlauf meiner Arbeit von grosser Bedeutung waren.

Weiter danke ich Frau Roswitha Escher, die mir als Testperson für den Pretest des Interviews zur Verfügung stand.

Besonders danken möchte ich Marisa Hänni, die mir während meiner ganzen Arbeit mit Rat und Tat zur Seite stand. Trotz ihrer Reisevorbereitungen nahm sie sich immer wieder die Zeit zum Korrekturlesen, machte mich auf unklare Formulierungen aufmerksam und half mir bei jedem Kapitel einen Überblick zu verschaffen und die Arbeit als Ganzes zu sehen. Ihre bevorstehende Reise setzte mir den nötigen Druck auf, damit ich diese Arbeit nun schon abschliessen kann.

Ich danke Fabian Williner und Stefan Borter für ihre Hilfe in Sachen Computer. Dies hat mir einige Zeit des Probierens erspart!

Weiter danke ich meiner „Leidensgenossin“ Micheline Forny für ihre moralische Unterstützung, die Aufmunterungen und Motivierungen und Bea Zimmermann, die dies mit viel Geduld ertragen hat.

Und zum Schluss ein grosses Dankeschön an Gabriela Weger, begleitende Dozentin, die mich immer wieder aus meinen Tiefs herauszog und mir mit ihren Erfahrungen zur Seite stand.

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	I
Dank	II
Inhaltsverzeichnis	III
1. Beschreibung des Forschungsgegenstandes	1
1.1. Darstellung der Thematik	1
1.2. Fragestellung	1
1.3. Zielformulierung	3
1.3.1. Theorie	3
1.3.2. Forschung	3
1.3.3. Praxis	3
2. Theorie	4
2.1. Begriffsklärungen	4
2.1.1. Psychische Störungen	4
2.1.2. Wandel in der Erwachsenenpsychiatrie	12
2.1.3. Familie in der Erwachsenentherapie	12
2.2. Theoretische Konzepte	13
2.2.1. Einfluss der psychischen Erkrankung eines Elternteils auf die Kinder	13
2.2.2. Bedürfnisse der Kinder	18
2.2.3. Stress und Bewältigungsstrategien der Kinder	19
2.2.4. Unterstützungsmöglichkeiten	22
2.2.5. Kinderschutz	27
3. Forschungsmethodik	29
3.1. Themenwahl und Themeneingrenzung	29
3.2. Forschungsethik	29
3.3. Datenerhebung	30
3.3.1. Datenerhebungsverfahren und Begründung der Wahl	30
3.3.2. Entwicklung des Interviewleitfadens	31
3.3.3. Untersuchungsfeld	32
3.3.4. Gewinnung der Interviewpartner	34
3.4. Auswertungsverfahren	34
3.5. Forschungshypothesen	36
4. Datendarlegung	38
5. Datenauslegung	44
5.1. Diskussion der ersten Hypothese	44
5.2. Diskussion der zweiten Hypothese	45
5.3. Diskussion der dritten Hypothese	47
5.4. Diskussion der vierten Hypothese	51
5.5. Diskussion der fünften Hypothese	53
6. Schlussfolgerung	56
6.1. Grenzen der Untersuchung	56

6.2.	Stellungnahme zur Forschungsfrage.....	57
6.3.	Weiterführende Fragestellungen	59
6.4.	Perspektiven und Handlungsvorschläge für die Praxis	59
6.5.	Persönliche Stellungnahme zu den Zielen	62
6.6.	Technische Bilanz der Untersuchung.....	63
6.7.	Persönliche Bilanz der Forschungsarbeit	64
7.	Bibliographie.....	66
7.1.	Bücher.....	66
7.2.	Broschüren	68
7.3.	Elektronische Quellen	68
8.	Abbildungsverzeichnis.....	70
9.	Anhang	71
A.	Sozialtherapeutisches Versorgungssystem im Oberwallis	72
B.	Experteninterview mit Frau Therese Zenhäusern	73
C.	Beispielanfrage der Probanden für die Teilnahme am Interview	77
D.	Kategorienraster der Interviews	78
	Kategorienraster, Interview A.....	78
	Kategorienraster, Interview B.....	83
	Kategorienraster, Interview C.....	87
	Kategorienraster, Interview D.....	95
	Kategorienraster, Interview E.....	100
	Kategorienraster, Interview F	107
	Kategorienraster, Interview G	111

1. Beschreibung des Forschungsgegenstandes

1.1. Darstellung der Thematik

Seit September 2006 arbeite ich als Sozialarbeiterin in Ausbildung bei der Sozialberatung der Stiftung emera, Vereinigung für Partnerschaft mit behinderten Menschen. Die Stiftung emera umfasst in ihrem Angebot die Bereiche Wohnen, Beschäftigung, Animation und Sozialberatung für Menschen mit einer Behinderung. Das Angebot der Sozialberatung setzt sich aus Kurzberatung, Überweisung an andere Institutionen, Zusammenarbeit mit anderen Fachstellen, Sachhilfe und Beratung zusammen. Anspruch auf diese Dienstleistungen haben Menschen mit einer psychischen, geistigen oder körperlichen Behinderung. Bei meiner Arbeit als Sozialarbeiterin in der Sozialberatung der Stiftung emera berate ich somit unter anderem Menschen mit einer psychischen Störung. Rund ein Drittel dieser Klientinnen und Klienten haben Kinder, die in der Beratung meist nur eine sekundäre Stellung einnehmen. Die neuen Lebensumstände einer psychischen Erkrankung bringen oft Probleme wie Ehekonflikte, Arbeitsstellenverlust, Wohnungswechsel, ökonomische Probleme, Stigmatisierung, Isolation und Abhängigkeit von Sozialversicherungen mit sich. Dies bekommen die Kinder von psychisch kranken Eltern auch zu spüren. So benötigt beispielsweise ein Klient finanzielle Hilfe, damit dieser einen Wochenendausflug mit seinen Kindern unternehmen kann. Ein anderer Klient möchte seine Kinder schützen und verheimlicht ihnen seine Erkrankung, ein anderer Klient ist den Anforderungen seiner Arbeitsstelle nicht mehr gewachsen und nimmt deshalb seine Kinder als Hilfe mit...

Durch all die verschiedenen Situationen, die ich bei meiner Arbeit miterlebte, interessierte ich mich zunehmend für die Bedürfnisse dieser Kinder und was es für sie bedeutet, mit einem psychisch kranken Elternteil aufzuwachsen. Für mich persönlich nimmt das Wohl der Kinder einen grossen Stellenwert ein. Sie gehören zu den schwächsten Mitgliedern unserer Gesellschaft. Kinder können sich selber nur schwer aus einer schwierigen familiären Situation lösen, da sie von den Eltern abhängig sind. Falls diese ihrer Verantwortung nicht mehr wahrnehmen können, sind Kinder auf Unterstützung Aussenstehender angewiesen.

Zudem konnte ich an einem Referat von Frau Therese Zenhäusern, Kinder- und Jugendpsychologin FSP im Zentrum für Entwicklung und Therapie des Kindes und Jugendlichen (ZET), teilnehmen, die darauf aufmerksam machte, dass die Kinder von psychisch kranken Eltern in der Beratung und Therapie meist vergessen werden. Gemäss Schätzungen der Winterthurer Studie 2006 sind in der Schweiz zirka 50'000 Kinder davon betroffen, dass ein Elternteil an einer psychischen Erkrankung leidet. All diese Umstände haben mich dazu bewogen, mich näher mit dieser Thematik auseinanderzusetzen.

1.2. Fragestellung

Werden von Fachpersonen des psychosozialen Versorgungssystems des Erwachsenenbereichs im Oberwallis Interventionen für Kinder von Eltern mit einer psychischen Störung ergriffen?

Damit die Forschungsfrage mittels der Umfrage beantwortet werden kann, werde ich den Begriff „Interventionen“ in die fünf Bereiche Erfassung, Betreuung, Informationen, Triage und Schutz einteilen. Dies aufgrund der nachfolgend angeführten Theorie bezüglich den Bedürfnissen der Kinder und den Handlungsmöglichkeiten der Fachpersonen des Erwachsenenbereichs.

1.3. Zielformulierung

Die Ziele meiner Forschungsarbeit habe ich in die Bereiche Theorie, Forschung und Praxis unterteilt.

1.3.1. Theorie

- Die häufigsten psychischen Störungen anhand ihrer spezifischen Merkmale wie Entstehung, Symptome und Therapie aufzeigen.
- Den Einfluss einer psychischen Erkrankung des Elternteils auf die Kinder darlegen.
- Die Bedürfnisse der Kinder psychisch kranker Eltern anhand ausgewählter Forschungen erörtern.
- Spezifische Handlungsmöglichkeiten im Bezug auf die Bedürfnisse von Kindern psychisch kranker Eltern aufzeigen.

1.3.2. Forschung

- Führen von Interviews mit Fachpersonen aus dem sozialpsychiatrischen Bereich der Erwachsenen.
- Anhand der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring aufzeigen, ob in den Bereichen Erfassung, Betreuung, Information, Triage, und Schutz Interventionen für Kinder von psychisch kranken Eltern von den Fachpersonen eingeleitet werden.
- Die Schlussfolgerungen für die Praxis aufzeigen indem die Ergebnisse der Interviews mit der Theorie verknüpft werden.

1.3.3. Praxis

- Durch das Führen der Interviews mit den verschiedenen sozialpsychiatrischen Institutionen im Oberwallis und durch die Forschungsarbeit an sich auf Kinder von psychisch kranken Eltern aufmerksam machen.
- Mich und andere Professionelle für die Thematik sensibilisieren.

2. Theorie

2.1. Begriffsklärungen

2.1.1. Psychische Störungen

Laut Vetter (2001) gibt es drei Kriterien, wobei lediglich ein Kriterium zutreffen muss, um einen Menschen als psychisch krank zu bezeichnen.

„Ein Mensch ist dann psychisch krank,

- wenn er sich subjektiv krank fühlt und „nicht mehr so kann oder ist wie früher“, wenn er also unter seinem Verhalten leidet und Hilfe nötig ist
- wenn er gestörte Funktionen zeigt, die ihm selbst u. U. nicht mehr einsichtig sind, die aber von anderen als solche wahrgenommen werden
- wenn er Symptome aufweist, die innerhalb der Psychiatrie eindeutig als bekannte Krankheitserscheinungen klassifiziert werden“ (Vetter, 2001, S. 8).

Gemäss dem Salutogenesemodell von Antonovsky (Bengel, Strittmatter, Willmann, 2002) werden psychische Gesundheit und psychische Krankheit nicht als einander ausschliessend, sondern als zwei Endpunkte eines Kontinuums betrachtet. Jeder kann auf dem Kontinuum lokalisiert werden und ist somit entweder vorwiegend gesund oder vorwiegend krank.

In der Praxis der Sozialen Arbeit jedoch ist eine Einteilung in gesund oder krank aufgrund der Einrichtung von Sozialleistungen notwendig. Somit werden psychische Störungen in den USA und in Europa durch das allgemein anerkannte Klassifikationssystem DSM IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) oder das ICD-10 (International Classification of Diseases) bestimmt. Die Bestimmung der Krankheiten beruht auf der klinischen Beschreibung der Symptome oder der Verhaltensauffälligkeiten und wird nach Häufigkeit, Dauer und Intensität gewichtet (Möller, Laux, Deister, 2005).

Das ICD-10 wurde 1991 von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) eingeführt. Es knüpft an die Strategie der Operationalisierung des DSM IV an. Das ICD-10 trennt die relevanten Informationsbereiche in Achsen ein und trägt zudem in der heutigen Version der Komorbidität¹ Rechnung (Möller et al. 2005).

Der psychiatrische Teil des ICD-10 setzt sich aus 10 diagnostischen Hauptgruppen zusammen, die wiederum in Untergruppen weiter unterteilt werden:

F0 Organische, einschliesslich symptomatische psychische Störungen

F1 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen

F2 Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen

F3 Affektive Störungen

F4 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen

F5 Verhaltensauffälligkeiten in Verbindung mit körperlichen Störungen oder Faktoren

F6 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen

F7 Intelligenzminderung

F8 Entwicklungsstörungen

¹ Das Auftreten von mehr als einer Störung bei einer Person.

F9 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (ebd. 2005).

Aufgrund folgender Statistik werde ich anschliessend die häufigsten Diagnosen anhand Ursache, Symptome und Therapie erläutern.

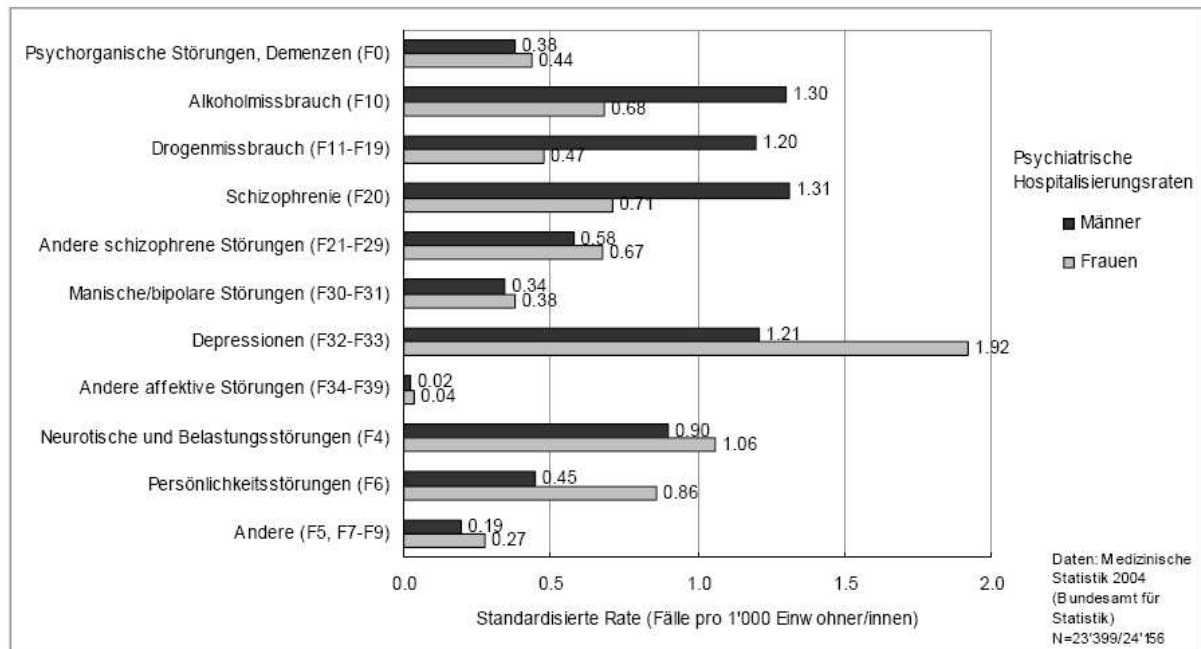


Abbildung 1

Schizophrenie, Alkoholmissbrauch, schwere Depression und Drogenmissbrauch waren im Jahr 2004 die vier häufigsten Diagnosen bei den hospitalisierten Männern. Bei den Frauen stand die schwere Depression an erster Stelle, gefolgt von neurotischen Störungen, Persönlichkeitsstörungen und Schizophrenie (Bundesamt für Statistik, 2004).

Schizophrenie

Die Erscheinungsbilder dieser Erkrankung sind schon lange bekannt und wurden erstmals 1898 von Emil Kraepelin (1856-1926) unter dem Namen „vorzeitige Verblö- dung“ beschrieben. Möller, Laux, Deister (2005) beschreiben folgende **Symptome**:

- Wahn

Als Wahn wird eine krankhafte falsche Beurteilung der Realität bezeichnet, an der mit subjektiver Gewissheit festgehalten wird. Es wird unterschieden zwischen Wahn- einfall, der keinen Bezug auf die äussere Wahrnehmung zulässt, Wahnwahrneh- mung, die auf die äussere Wahrnehmung Bezug nimmt oder Erklärungswahn, mit dem rätselhafte Halluzinationen gedeutet werden. Ein Wahn kann unterschiedliche Inhalte haben wie z.B. Verfolgungs-, Vergiftungs-, Eifersuchts- oder Krankheitswahn.

- Halluzinationen

Unter Halluzinationen versteht man Sinnestäuschungen, durch die die Betroffenen etwas hören, fühlen, sehen, riechen oder schmecken, was real nicht da ist. Oft treten Halluzinationen in Form des Stimmenhörens auf. Der Betroffene hört Stimmen, die

sich über ihn unterhalten, ihn ansprechen, beschimpfen, oder ihm Befehle erteilen. Dazu gehört auch das vermeintliche Hören der eigenen Gedanken.

- Ich-Störungen

Hierbei erscheint die Grenze zwischen dem Ich und der Umwelt als durchlässig. Die eigenen Gedanken und Gefühle oder Teile des Körpers werden als fremd wahrgenommen. Der Betroffene empfindet die ich-fremden Gedanken und Handlungen als von aussen eingegeben, er fühlt sich verwandelt oder ist sich selbst und zugleich eine andere Person. Dadurch kapselt er sich zunehmend von der realen Welt ab.

- Formale Denkstörungen

Die Logik der Argumentation der Betroffenen nimmt ab, sie wird verzerrt und unstimmig. Die Begriffe verlieren ihre klare Bedeutung und die Gedanken verlieren an Zusammenhang. Bei starker Ausprägung der Erkrankung werden auf Fragen unpassende Antworten gegeben oder der Gedanke wird mitten im Gespräch unterbrochen.

- Affektive Störungen

Der emotionale Kontakt der Betroffenen zur Umwelt ist reduziert, da Gefühlsäusserungen meist nicht mehr zur Situation passen. Der Betroffene erlebt Gefühlseinbrüche von Angst oder Glückseligkeit, unvereinbare Gefühlszustände können oft auch nebeneinander bestehen. Im Endzustand der Erkrankung kommt es zu einer Affektarmut, wobei sich der Betroffene von seiner Umwelt zurückzieht.

- Katatone Symptome (die Psychomotorik betreffende Symptome)

Der Betroffene ist bewegungslos, er liegt wie erstarrt und spricht nicht, trotz voll erhaltenem Bewusstsein. Er wirkt verängstigt und verwirrt. Meist tritt das Teilbild des Stupors auf, wobei einzelne Gliedmassen erstarrt sind. Bestimmte Haltungen werden beibehalten oder rhythmische leer laufende Bewegungen treten auf. Es kann auch zu einer starken motorischen Unruhe mit zielloser Aggressivität kommen.

Um die Störung der Schizophrenie zu behandeln, wird eine **Therapie** gewählt, die pharmakologische, psychotherapeutische und soziotherapeutische Massnahmen verbindet. In der akuten Krankheitsphase steht die Psychopharmakotherapie, die mit Neuroleptika durchgeführt wird, im Vordergrund. Um dem Betroffenen Hoffnung, Mut und Informationen über die Erkrankung und Therapie zu vermitteln, wird die Psychotherapie angewendet. Unter den sozialtherapeutischen Massnahmen versteht man unter anderem Beschäftigungstherapie, teilstationäre Behandlungsangebote oder z.B. das Training sozialer Fertigkeiten durch das Arbeiten in den Gruppen (Möller et al., 2005).

Die Wahrscheinlichkeit an einer Schizophrenie zu erkranken beträgt bei der Durchschnittsbevölkerung etwa 1%. Grundsätzlich wird von einer multifaktoriellen **Entstehung** ausgegangen, es bestehen aber deutliche Hinweise für eine genetische Teilverursachung. So liegt das Risiko an Schizophrenie zu erkranken für ein Kind mit einem schizophrenen Elternteil bei 15% und für eine Kind zweier schizophrener Elternteile bei 47% (ebd.). Lenz (2008) geht davon aus, dass 30% bis 40% der Kinder mit einem an Schizophrenie erkrankten Elternteil bis zum Jugendalter eine klinisch relevante Auffälligkeit entwickeln.

Abhängigkeit und Sucht

Der Begriff *Sucht* geht zurück auf das Wort *siech* (krank) und beschreibt zum einen eine Krankheit wie zum Beispiel Gelbsucht und zum anderen auffälliges Verhalten wie zum Beispiel Habsucht. Deshalb wurde der Begriff *Sucht* 1968 von der WHO durch den Begriff *Abhängigkeit* ersetzt (Möller et al., 2005). Betroffene zeigen ein zwanghaftes, begierdemässiges Verhalten, das freies Entscheiden nicht mehr zulässt. Gemäss Vetter (2001) wird Abhängigkeit in zwei Bereiche eingeteilt:

Tätigkeitsabhängigkeit

- Poromanie (Weglaufen)
- Pyromanie (Feuerlegen)
- Kleptomanie (Stehlen)
- Spielsucht
- Arbeitssucht
- Esssucht
- Sexuelle Süchte

Stoffgebundene Abhängigkeit

- Nikotinsucht
- Alkoholsucht
- Medikamentensucht
- Drogensucht

Die WHO definiert Abhängigkeit als „ein Zustand periodischer oder chronischer Intoxikation, der durch wiederholten Gebrauch einer natürlichen oder synthetischen Droge hervorgerufen wird und psychische Abhängigkeit, Toleranzsteigerung, körperliche Abhängigkeit und nachteilige soziale Folgen für den Einzelnen und die Gesellschaft nach sich zieht“ (Vetter, 2001, S. 145). In der Definition von Abhängigkeit der WHO werden jedoch nur stoffgebundene Abhängigkeiten berücksichtigt. Tätigkeitsabhängigkeiten werden in der ICD-10 unter der Kategorie *Abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle* eingebettet.

Als **Ursache** einer Abhängigkeit gelten gemäss Vetter (2001) die drei Perspektiven Persönlichkeit (Frustrationstoleranz, Ich-Stärke, genetische Faktoren), Droge (Verfügbarkeit, Angebot, Dosis, Suchtpotenz, Wirkung) und soziales Milieu (Gruppendruck, elterliches Vorbild, Konsumgesellschaft, Konfliktsituation).

Die **Folgen** der Abhängigkeit sind psychischer, physischer und sozialer Art. Dazu gehören:

- Persönlichkeitsstörungen: Verflachung bzw. Vergröberung der früheren Wesenszüge, Intelligenzminderung;
- Störungen im Bewusstseins-, Gefühls- und Antriebssystem: Interessenverlust, Kritischschwäche, reizbare, depressive Verstimmung;
- Störungen in der Beziehung zur Umwelt: Streitigkeiten mit Familie und Freunden, Arbeitsplatzverlust, Schulden, Isolation, Kriminalität und
- Körperstörungen: Schädigung innerer Organe, Infektionskrankheiten, Gewichtsverlust (ebd.).

Die **Therapie** teilt sich ein in die Phasen:

- Motivationsphase
- Entgiftungsphase bzw. Entzugsphase (bei stoffgebundener Abhängigkeit)
- Entwöhnungsphase
- Nachsorge- und Rehabilitationsphase (Wiederaufbau der beruflichen und sozialen Existenz) (ebd.).

Depression

Die Depression gehört zu den affektiven Störungen, die in drei verschiedene Verlaufsformen eingeteilt werden: monopolare Verläufe mit ausschliesslich depressiven Phasen, monopolare Verläufe mit ausschliesslich manischen Phasen und bipolare Verläufe mit depressiven und manischen Phasen (ebd.).

Die **Symptome** der Depression teilen sich in die Bereiche

- Störung des Gefühlssystems: Gefühl der Gefühllosigkeit, leere, inhaltslose Angst, Jammern, Klagen
- Störungen des Antriebssystems: Verlangsamung der Bewegungsabläufe, Fehlen von Initiative, Elan und Arbeitsfreude, Unruhe
- Störung des Körpers: Schmerzen in Herz-, Brust-, Magen-, Kopfgregion, Schlaf-, Appetit- und Verdauungsstörungen, Müdigkeit, sexuelle Funktionsstörungen
- Störungen des Bewusstseinssystems: verlangsamtes Denken, depressive Wahneinfälle (ebd.).

Die **Ursachen** sind multifaktoriell bedingt. Neben neurobiologischen und psychologischen Faktoren spielen auch genetische Faktoren eine Rolle. Das Erkrankungsrisiko bei Kindern eines erkrankten Elternteils beträgt 10%. Bei Kindern deren beide Elternteile erkrankt sind, liegt das Risiko selber zu erkranken bei 50% bis 60% (Möller et al., 2005). Gemäss Lenz (2008) tragen Kinder depressiver Eltern ein erhöhtes Risiko für Verhaltensauffälligkeiten und Anpassungsproblemen im sozialen, emotionalen und kognitiven Bereich.

Die **Therapie** setzt sich aus den drei Phasen Akutbehandlung, Erhaltungstherapie und Rückfallverhütung zusammen. Je nach Diagnose werden Pharmakotherapie, Psychotherapie, Schlafentzugsbehandlung, Lichttherapie, Physiotherapie oder Ergotherapie eingesetzt. Diese schliessen sich gegenseitig nicht aus und können auch kombiniert angewendet werden (Vetter, 2001).

Persönlichkeitsstörungen

Die Persönlichkeit eines Menschen zeichnet sich durch verschiedene Merkmale aus, die Menschen voneinander unterscheiden und die über Zeit und Situation stabil sind. Persönlichkeitsstörungen beschreiben Extremvarianten einer bestimmten Persönlichkeit. Je nach Dominanz einer bestimmten Wesensart werden die Persönlichkeitsstörungen den verschiedenen Untergruppen zugeordnet. Wesentliche Kriterien sind die Dominanz eines bestimmten Merkmals, das subjektive Befinden, die soziale Anpassung oder die stark eingeschränkte berufliche Leistungsfähigkeit, das stabile Verhaltensmuster und die Auswirkungen auf vielfältige Bereiche des Alltags. Hinzu kommt, dass diese Störungen meist nicht nur den Betroffenen selber tangiert, son-

dern auch eine Störung der zwischenmenschlichen Interaktion und Kommunikation darstellt (Möller et al., 2005).

Die **Symptome** beziehen sich auf die Bereiche Affektivität, Antrieb, Impulskontrolle, Wahrnehmung, Denken und auf die Beziehung zu anderen Menschen. Die **Therapie** ist oft langwierig und schwierig. Im Vordergrund stehen psychotherapeutische und soziotherapeutische Verfahren. Das Ziel der Therapie ist eine längerfristige und möglichst tragfähige Kompensation der bestehenden Auffälligkeiten und Einschränkungen (ebd.).

Das Risiko an einer Persönlichkeitsstörung zu erkranken liegt zwischen 6% und 23%. Es gibt keine Theorie, die die **Entstehung** der Störung begründen kann. Es existieren unterschiedliche Modelle aus psychologischer, biologischer und soziologischer Sicht. Verschiedene Störungen in der Entwicklung in unterschiedlichen Lebensphasen können zu Persönlichkeitsstörungen führen, wie z.B. eine Störung in der frühkindlichen Entwicklung. Genetische Faktoren spielen ebenfalls eine wichtige Rolle. Besonders bei der Borderline-Störung und der dissozialen Persönlichkeitsstörung kommt genetischen Faktoren eine hohe Bedeutung zu (ebd.).

Neurotische Störungen

Unter neurotischen Störungen werden die Störungsbilder Angst- und Panikstörung und Zwangsstörung zusammengefasst.

Angst- und Panikstörungen

Bei jedem Mensch treten beim Vorliegen einer Gefahr oder Bedrohung Angstsymptome auf. Bei einer Angst- oder Panikstörung treten jedoch massive Angstreaktionen auch beim Fehlen einer akuten Gefahr oder Bedrohung auf. Die **Symptome** können sowohl körperlicher wie auch psychischer Art sein. Zudem haben Angst- und Panikstörungen gravierende Folgen im sozialen Bereich. Das Risiko einmal im Leben an einer dieser Störungen zu erkranken liegt bei ungefähr 15%.

Die Erklärungen für die **Entstehung** einer solchen Erkrankung sind sehr vielseitig. Im Vordergrund stehen lerntheoretische und psychodynamische Modellvorstellungen. Genetische Faktoren werden nicht ausgeschlossen. Kinder von Eltern mit einer Angststörung haben ein bis zu siebenfach erhöhtes Risiko selber an einer Angststörung zu erkranken (ebd.).

Unter dem Begriff *Angst- und Panikstörung* werden von Möller et al. (2005) folgende Erkrankungsbilder zusammengefasst:

- Agoraphobie:

Die Betroffenen haben vor allem in Situationen ausserhalb der gewohnten Umgebung Angst, so beispielsweise in Menschenmengen, auf öffentlichen Plätzen, auf Reisen und bei Entfernung von zu Hause.

- Soziale Phobie

Die Betroffenen haben Angst vor Situationen, in denen sie sich einer prüfenden Beobachtung durch andere Menschen ausgesetzt fühlen. Diese Situationen können sich

lediglich aufs Essen, Sprechen in der Öffentlichkeit oder auf das Treffen mit dem anderen Geschlecht beziehen oder aber unbestimmt sein und somit in allen sozialen Situationen ausserhalb des Familienkreises auftreten.

- Spezifische Phobien

Eine anhaltende Angst vor bestimmten Objekten oder Situationen kennzeichnen diese Störung. Am häufigsten sind Ängste vor Tieren, Blut, geschlossenen Räumen, Höhenangst, Flugangst oder Ansteckungsangst.

- Panikstörung

Unter Panikstörung versteht man Panikattacken, die unerwartet und nicht situationsgebunden auftreten. Die Angst bei einer Panikattacke setzt plötzlich ein und steigert sich innert Minuten zu einem Höhepunkt. Psychische und physische Symptome wie Schwitzen, Zittern, Atemnot, Ohnmachtsgefühle oder Depersonalisation sind eng miteinander verbunden.

- Generalisierte Angststörung

Die Betroffenen haben eine unrealistische und übertriebene Angst, die sich nicht nur auf bestimmte Objekte oder Situationen bezieht, sondern auf verschiedene Lebensumstände. Die Ängste begründen sich zum Beispiel in der Besorgnis, dass dem eigenen Kind etwas zustossen könnte, oder dass eine Naturkatastrophe eintreten wird. Zu den Symptomen gehören unter anderem Zittern, Atemnot, Schwindel, Anspannung und Reizbarkeit.

Die **Therapie** der Angst- und Panikstörungen umfasst verschiedene Ansatzpunkte. Bei der Panikstörung stehen pharmakologische Therapien im Vordergrund. Zur Behandlung der Phobien spielt die Verhaltenstherapie eine grosse Rolle. Wichtig dabei ist, dass der Betroffene seine Angst erkennt und auch dazu steht (ebd.).

Zwangsstörungen

Als Zwangsstörung werden von Möller et al. (2005) Zwangsgedanken, Zwangsimpulse oder Zwangshandlungen verstanden, die sich wiederholen, sich aufdrängen, die als sinnlos und unsinnig erlebt werden und die nicht durch Ablenkung vermieden werden können. Bei den drei verschiedenen Formen zeigen sich folgende **Symptome**:

- Zwangsgedanken

Die häufigsten Zwangsgedanken beziehen sich auf Gedanken, sich zu beschmutzen, Zweifel, ob man bestimmte Dinge getan hat oder nicht und Gedanken, die persönliche Gesundheit könnte gefährdet sein. Am Anfang werden diese Gedanken als unsinnig empfunden. Der Versuch diese Gedanken zu unterlassen, oder sich abzulernen misslingt aber meist.

- Zwangsimpulse

Als Zwangsimpulse werden Handlungsimpulse verstanden, die sich gegen den Willen der Betroffenen durchsetzen wollen. Damit verknüpft ist die Angst, diese wirklich durchzuführen. So zum Beispiel der Zwangsimpuls, eine Aggression gegen einen anderen Menschen durchzuführen, sexuelle Impulse oder autoaggressive Impulse.

- **Zwangshandlungen**

Der Betroffene muss oft gegen seinen Willen Handlungen ausführen, obwohl er sie als sinnlos empfindet. Bei Versuchen, diese Handlungen zu unterlassen, treten Anspannung und Angst auf. Die häufigste Zwangshandlung ist der Kontrollzwang. Beim Verlassen der Wohnung muss beispielsweise geprüft werden, ob der Kochherd wirklich abgeschaltet ist. Obwohl der Betroffene weiss, dass der Herd abgeschaltet ist, muss er diese Kontrollhandlung mehrere Male wiederholen. Weiter gehören Waschzwang, zwanghaftes Nachfragen und Zählzwang zu den häufigsten Formen von Zwangshandlungen.

Die **Therapie** erfolgt bei allen drei Formen meist pharmakologisch, durch Verhaltenstherapie und durch kognitive Therapien. Das nähere Umfeld ist in die Therapie einzubeziehen um einen sozialen Rückzug zu vermeiden (ebd.).

Genetische Untersuchungen zeigten auf, dass bei Verwandten ersten Grades von Betroffenen das Risiko selber an einer Zwangsstörung zu erkranken erhöht ist (ebd.).

Vererbbarkeit einer psychischen Störung

Wie oben aufgezeigt wurde, ist das Risiko für die Kinder an derselben Störung wie ihre Eltern zu erkranken erhöht. Das Risiko an irgendeiner klinisch relevanten Störung zu erkranken ist noch höher. Gemäss Mattejat (2008) entwickeln bis zu 60% der Kinder psychisch kranker Eltern im Verlauf ihrer Kindheit irgendeine psychische Auffälligkeit oder Störung. Er hält aber fest, dass nicht die Krankheit als solche vererbt wird, sondern vielmehr die Vulnerabilität, also die Verletzlichkeit für bestimmte Umweltbedingungen. Der genetische Faktor bestimmt, wie empfindlich ein Mensch auf bestimmte Umweltfaktoren reagiert. Die Entwicklung einer psychischen Erkrankung hängt somit auch davon ab, ob die Person verletzenden Umweltfaktoren wie beispielsweise Armut, Arbeitslosigkeit, sexueller Missbrauch, Misshandlungen oder Verlust von wichtigen Bezugspersonen ausgesetzt ist. Somit spielen Erbfaktoren und Umweltfaktoren eine etwa gleich grosse Rolle. Dies zeigt die Wichtigkeit auf, bei Menschen mit einer erblichen Vulnerabilität negative Umweltfaktoren zu reduzieren und positive zu stärken.

Baumann (2000) zeigt auf, dass sich eine Überbewertung der genetischen Faktoren für die Kinder psychisch kranker Menschen negativ bemerkbar machen kann. Sie geht davon aus, dass sich jeder Mensch aufgrund der für ihn unerträglichen Realität in eine Psychose flüchten kann. Die Toleranzgrenze ist von Mensch zu Mensch verschieden, hängt aber vom Temperament und der Sensibilität jedes einzelnen ab. Hierzu verweist sie auf eine finnische Adoptionsstudie (Tienari et al., 1987). Keines der 49 Kinder schizophrener Mütter, die in einer gesunden Familienumgebung aufwuchsen, erkrankte an Schizophrenie. Dies zeigte Baumann, dass der Umwelteinfluss gegenüber der genetischen Komponente höher eingestuft werden muss. Eine klare Antwort auf die Frage der Entstehung einer psychischen Krankheit ist für sie jedoch auch heute noch nicht gegeben.

Die verschiedenen Störungsbilder zeigen auf, dass eine psychische Erkrankung das Denken, Fühlen und Wahrnehmen eines Menschen beeinflussen. Solche Veränderungen wirken sich somit nicht nur auf die erkrankte Person selber, sondern auch auf

deren soziales Umfeld und insbesondere auf die Angehörigen aus und verändern das gesamte familiäre Beziehungsgefüge.

2.1.2. Wandel in der Erwachsenenpsychiatrie

Bis 1950 fand die Behandlung psychischer Krankheiten in der Psychiatrie weitgehend unter Ausschluss der Familie statt. Mit der Einführung der Psychopharmaka in den 50er Jahren wandelte sich dies. Durch die Neuroleptika verkürzte sich der Aufenthalt in der Psychiatrie und die Patienten wurden früher wieder nach Hause zu ihren Familien entlassen. Dadurch waren diese gezwungen, die Betreuung ihrer psychisch erkrankten Angehörigen zu übernehmen. Somit wurde den Angehörigen eine neue Rolle zugesprochen, sie waren nicht nur mehr aussenstehende Angehörige, sondern übernahmen auch einen grossen Teil der Betreuung. Die 70er Jahre standen im Zeichen des Umbruchs der Erwachsenenpsychiatrie. Statt auf stationären Langzeitunterbringung wurde der Fokus vermehrt auf ambulante Einrichtungen, Tageskliniken, betreute Wohnformen und Sozialpsychiatrische Zentren gelegt. Die Hilfen für psychisch erkrankte Personen wurden auf deren persönliches Lebensumfeld hin orientiert und die Ressourcen der Patienten wurden in die Behandlung miteinbezogen. In der heutigen Zeit ist das Ziel der Behandlung, den Patienten bei der Bewältigung der Erkrankung zu unterstützen, ihn zu begleiten und ihm soweit wie möglich ein selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen. Im Mittelpunkt der Behandlung stehen die Bedürfnisse und Interessen des erwachsenen Patienten. Die Zugangsweise erfolgt aufgrund medizinischer, diagnostischer und therapeutischer Aufträge und Methoden (Schone, Wagenblass, 2006).

Der Einbezug von Angehörigen wie Partner, Eltern und Geschwistern hat sich im Laufe der Zeit zu einem wichtigen Teil in der therapeutischen Arbeit entwickelt. Die Kinder werden jedoch noch immer nur am Rande als Angehörige wahrgenommen. Eine psychische Störung ist aber nicht zusammenhangslos in Einzelpersonen verankert, sondern manifestiert sich auf der Grundlage und im Zusammenhang von Beziehungs- und Kommunikationsstörungen innerhalb eines Systems. Zum Beispiel im System der Familie. Aus diesem Grunde sind alle Personen von Wichtigkeit, die an der Beibehaltung der Störung beteiligt sind, die aber auch Ansatzpunkte zu Veränderungsprozessen bieten können. Die systemische Familientherapie basiert auf diesen Grundhaltungen (Schlippe, Schweitzer, 1999).

2.1.3. Familie in der Erwachsenentherapie

Bei allen Formen der Systemischen Beratung/Therapie findet man einen ähnlichen metatheoretischen Überbau. Der **Konstruktivismus** geht davon aus, dass es den Menschen nicht möglich ist, eine objektive Welt wahrzunehmen, deshalb ist unsere Wahrnehmung konstruiert. Die **Systemtheorie** setzt voraus, dass komplexe Phänomene durch Systeme erklärt werden können. Somit bestehen Systeme nicht aus Personen, sondern aus Kommunikation und Information. Erste Ansätze familienorientierter Arbeit sind bereits in der Psychologie des letzten Jahrhunderts zu finden. In dieser Zeit begannen einzelne Pioniere mit Familien statt nur mit Einzelpersonen oder Gruppen zu arbeiten. 1945 erschien das Buch von Richardson *Patients have*

Families, das als erster Meilenstein in der Familientherapie bezeichnet werden kann (ebd.).

In der systemischen Familientherapie ist das Objekt der Betrachtung nicht der isolierte Mensch, sondern das ganze System in dem er sich bewegt. Das Augenmerk richtet sich auf bestehende Zusammenhänge, Dynamiken und Muster eines Systems. Es wird davon ausgegangen, dass das Verhalten und die Handlungen aller Mitglieder eines Systems sich wechselseitig beeinflussen. Wie in jeder anderen Gruppe auch, entwickeln sich in einer Familie im Laufe der Zeit Regeln, die die Verhaltensspielräume der einzelnen Familienmitglieder beschreiben und begrenzen. Wenn jedes Mitglied genügend Freiraum hat, kann das System flexibel auf Veränderungen reagieren. Wenn die Grenzen zu starr sind, so wird das System krank. Häufig wird bei einer solchen Konstellation nur ein Familienmitglied auffällig. Dieses wird als Symptomträger bezeichnet, welches damit das ganze System beschäftigt. Die Regeln, welche das System entwickelt hat, sind auf die Symptomatik zugeschnitten, dadurch kann sich das System nicht verändern. In der Therapie geht es deshalb nicht vordergründig um den Symptomträger und dessen Erkrankung, sondern darum, diese Regeln zu erfassen und die Konflikte, Machtkämpfe und komplizierten Beziehungsgeflechte aufzudecken. Diese werden anhand verschiedener kommunikativer Techniken ins Bewusstsein der Familienmitglieder gebracht. Später können die Regeln des Systems verändert und neu definiert werden (Stehling, 2002).

2.2. Theoretische Konzepte

2.2.1. Einfluss der psychischen Erkrankung eines Elternteils auf die Kinder

Die Erkrankung eines Elternteils hat in vielerlei Hinsicht Einfluss auf deren Kinder. Gemäss Lenz (2008) ist das kindliche Störungsrisiko bei psychischen Auffälligkeiten der Eltern um den Faktor zwei bis drei erhöht gegenüber Kindern von gesunden Eltern. Dies hängt mit genetischen Faktoren und auch mit dem Verhalten des erkrankten Elternteils zusammen. Denn sowohl schizophrene als auch depressiv erkrankte Eltern weisen Defizite im kognitiven und emotionalen Verhaltensbereich auf, die sich auf die Kinder auswirken und das Risiko für eine psychische Störung erhöhen. Umweltfaktoren spielen beim Erkrankungsrisiko eine ebensogrosse Rolle. Psychische Erkrankungen gehen meist mit Belastungsfaktoren wie eheliche Konflikte, familiäre Disharmonie, Scheidung, Störungen der Elter-Kind-Beziehung, inadäquate soziale Unterstützung, soziale Isolation, Arbeitslosigkeit, finanzielle Probleme und problematischen Wohnverhältnissen einher, die sich auf die Entwicklung der Kinder auswirken. Die Effekte dieser Risikofaktoren verstärken einander gegenseitig und somit steigt mit der Anzahl Faktoren auch die Wahrscheinlichkeit, dass Kinder eine klinisch auffällige Störung entwickeln.

In meiner Arbeit gehe ich jedoch nur auf die Einflüsse, die in direktem Zusammenhang mit der psychischen Erkrankung stehen, ein.

Einfluss der psychischen Erkrankung allgemein

In einer qualitativen Studie befragte Lenz (2005) 22 Kinder im Alter von sieben bis 18 Jahren zu ihrem Erleben der psychischen Erkrankung ihrer Eltern. Die Befragung geschah anhand eines Leitfadens, der die Interviews thematisch strukturierte. Nachfolgend werde ich die Ergebnisse der Studie erläutern und sie mit Erlebnisberichten von heute erwachsenen Kindern psychisch kranker Eltern untermauern, die Mattejat und Lisofsky (2008) in ihrer Studie zu Wort kommen liessen.

„Mit einer psychischen Erkrankung macht sich tiefe Verunsicherung in der ganzen Familie breit. Zunehmend befremdliches Verhalten, abrupte Stimmungswechsel, nicht nachvollziehbare verzerrte Wahrnehmungen, chaotischer Umgang mit Geld und Zeit, unberechenbare Schwankungen zwischen Anhänglichkeit und Zurückweisung, Verwöhnung und Beschimpfung führen und verführen dazu, dass sich die Aufmerksamkeit aller auf die erkrankte Person und ihr Befinden konzentriert. Denken und Handeln kreisen nur noch um das eine Ziel: die bedrohlichen Begleiterscheinungen der Krankheit zu bannen, nur ja nichts „Falsches“ zu sagen oder zu tun. Weil das nur selten gelingt, werden Angst, Hilflosigkeit und Ohnmacht zum beherrschenden, alles lähmende Lebensgefühl aller in der Familie“ (Mattejat, Lisofsky, 2008, S. 58).

„Ich wurde zu einem stillen, zurückgezogenen, schüchternen Kind, war in keiner Weise auffällig. Leider. Mein Bruder war klüger als ich. Er reagierte mit Aggressionen, schlug sich mit anderen, legte sich mit Lehrern an. Man wurde auf ihn aufmerksam. Das hatte zur Folge, dass er in ein Internat kann, weg von zu Hause. Dort wäre ich auch gern gewesen“ (ebd., 20).

Gemäss Lenz (2005) sind Kinder genaue Beobachter ihrer erkrankten Eltern. Sie nehmen jede Veränderung wahr und schätzen ab, ob diese noch im Bereich des Normalen liegt und richten ihr Verhalten darauf aus. „Durch ihre Erkrankung lebte meine Mutter in ihrer eigenen Welt. Von dieser war ich ausgeschlossen. Sie verhielt sich – für mich jedenfalls – unberechenbar, war stundenlang für mich und meinen Bruder nicht ansprechbar. Ich war ständig in „Habachtstellung“ und unter Spannung, weil ich nicht wusste, wann „normales“ Verhalten in etwas anderes umschlagen würde. Ich lernte, ihr nicht mehr zu vertrauen. Liebe konnte von einer Minute auf die andere in Aggressionen umschlagen“ (Mattejat, Lisofsky, 2008, S. 14).

Die psychische Erkrankung ihres Elternteils stellt für die Kinder eine schmerzhaft Erfahrung dar, die eine traumatisierende Wirkung haben kann. Ihre Gefühle und Gedanken sind geprägt von Angst. Angst, den Elternteil zu verlieren, Angst, dass sich dieser etwas antut, oder dass sich die Krankheit verschlimmert. Jüngere Kinder haben zudem Angst, an der Erkrankung mitschuldig zu sein. Das Miterleben immer neuer akuter Krankheitsphasen löst Resignation und Hoffnungslosigkeit aus. Um sich vor diesen Ängsten zu schützen, versuchen sich die Kinder und Jugendlichen vom Elternteil zu distanzieren. Durch andere Kontakte versuchen sie loszulassen und sich Ablenkung zu verschaffen. Dies führt in der Regel zu Schuldgefühlen, Verzweiflung und Hilflosigkeit gegenüber dem erkrankten Elternteil. Wenn auch langfristig keine Besserung der Erkrankung eintritt, macht sich eine Hilflosigkeit breit. Die Gefühle der Kinder schwanken zwischen Angst, Ruhelosigkeit, Anspannung, Mitleid und Empörung (Lenz, 2005).

Lenz (2005) hält fest, dass viele Kinder im Verlauf der Erkrankung ihrer Eltern deren Veränderung der Persönlichkeit wahrnehmen müssen. Sie sehen sich mit der Frage konfrontiert, ob dies wirklich noch ihr Vater oder ihre Mutter ist. Die Identität des erkrankten Elternteils ist manchmal nur mehr schwer zu erkennen. Dies wirkt sich auf die Identitätsbildung und Selbstfindung der Kinder aus. Sie reagieren mit Wut und Traurigkeit und fühlen sich vernachlässigt, ungerecht behandelt und ungeliebt, denn es fehlt eine ausreichende Grundlage für die Identifikation mit dem Vater oder der Mutter. Sie versuchen dies auszugleichen, indem sie sich noch vermehrt an den gesunden Elternteil wenden. Doch dieser ist mit der Verantwortung oftmals überfordert und sucht seinerseits Unterstützung beim heranwachsenden Kind. Somit werden vor allem die Jugendlichen in die Rolle des Ersatzpartners gedrängt. In dieser Rolle befinden sie sich unmittelbar in einem Loyalitätskonflikt, sie fühlen sich hin- und hergerissen zwischen beiden Elternteilen und können von diesen auch wenig Unterstützung erwarten.

Die Kinder erleben durch die Erkrankung oft den Zusammenbruch vertrauter familiärer Alltagsstrukturen, so Lenz (2005). Sie beobachten den erkrankten Elternteil und versuchen jede zusätzliche Belastung zu vermeiden, verzichten auf eigene Gefühlsäusserungen, passen ihre Tagesstruktur dem erkrankten Elternteil an und stellen ihre Wünsche und Bedürfnisse zurück. „Ich hatte nicht das Gefühl, dass meine Mutter mir etwas geben konnte, sondern dass sie sich an mich klammerte. Das meine ich nicht im Sinne einer Umarmung, sondern indem sie sich an mich klammerte und forderte: Sag mir, dass du mich lieb hast! Sie konnte keine Geborgenheit vermitteln. Im Nachhinein sehe ich es so, dass sie unwahrscheinlich bedürftig war. Sie fand in ihrer Ehe keinen Rückhalt, ich musste also emotional etwas ausgleichen, was mein Vater ihr nicht geben konnte“ (Mattejat, Lisofsky, 2008, S. 24).

Ein besonders traumatisches Ereignis stellt die Klinikeinweisung des Elternteils dar, da sich die Kinder allein gelassen fühlen. Oft müssen sie ansehen, wie ihre Mutter oder ihr Vater an Autonomie und Autorität verliert. Dies lässt das Elternbild und die Beziehung zum erkrankten Elternteil als zweifelhaft erscheinen. Die Kinder versuchen sich emotional zu distanzieren und ziehen sich zurück. Ein Klinikaufenthalt kann aber auch eine Entlastung für die restliche Familie bedeuten. Die Zeit vor der Klinikeinweisung ist oftmals neben der Verschlechterung des Gesundheitszustandes auch gekennzeichnet von offenen Konflikten zwischen den Eltern. Die Kinder geraten mitten in diese Auseinandersetzungen und werden in die Rolle des Bündnispartners gedrängt. Jede Seite sucht die Unterstützung des Kindes gegen die andere Seite, wodurch die Kinder massiven Loyalitätskonflikten ausgesetzt sind (Lenz, 2005). „Oft gab es Krach und Streit zu Hause. Ich habe mich eigentlich immer dafür verantwortlich gefühlt, die Ehe meiner Eltern zu retten. Ich war mir ganz sicher, dass ich für den Familienfrieden Verantwortung trug. Ich bin immer von einem zum andern gerannt und habe versucht zu vermitteln“ (Mattejat, Lisofsky, 2008, S. 23).

Gemäss Lenz (2005) übernehmen Kinder Aufgaben, die nicht ihrem Alter entsprechen. Sie tragen oftmals sogar die Verantwortung für ganze Lebensbereiche wie Haushalt, Erziehung der jüngeren Geschwister, Regelung der finanziellen Angelegenheiten der Familie und sie unterstützen den erkrankten Elternteil in der Strukturierung seines Tagesablaufs und in der Medikamenteneinnahme. Sie sind Friedensstifter in konfliktreichen Partnerschaften, sind gezwungen schneller erwachsen zu werden, müssen den nicht verfügbaren Elternteil ersetzen und sollen den Lebenstraum der Eltern realisieren. Sind die Erwartungen beider Elternteile widersprüchlich, befin-

den sich die Kinder in einem Loyalitätskonflikt. Sie opfern ihre Bedürfnisse denen ihrer Eltern, können aber die Erwartungen oftmals nicht erfüllen und müssen damit rechnen, dass sich die Eltern sogar gegen sie verbünden. Sie fühlen sich oft unwichtig, emotional unterversorgt und ausgestossen. Diese generationsübergreifende Einbindung des Kindes macht es zum einen selbstständiger, verunmöglicht aber ein eigenständiges Leben. Da die Kinder ganz auf die Bedürfnisse der Eltern eingestellt sind, gelingt es ihnen nicht, eigne Bedürfnisse zu entdecken, eigene Lebensziele zu definieren und sich von den Eltern zu lösen. Der Ablösungsprozess vom Elternhaus kann in solch einer Beziehungskonstellation nicht stattfinden. „Da von der Erkrankung meiner Mutter nichts nach aussen dringen durfte, habe ich auch viele ihrer Aufgaben wahrgenommen, die sie nicht bewältigen konnte. Für mich bedeutete das, dass ich früh ihre Rolle im Haushalt übernommen habe und mich um meinen jüngeren Bruder kümmern musste. Statt einfach Kind sein zu dürfen, habe ich den Haushalt mit Hilfe meines Vaters und unserer Putzfrau geführt. Ich bin dadurch zur Mutter meiner Mutter geworden“ (Mattejat, Lisofsky, 2008, S. 18).

In vielen Familien mit einem erkrankten Elternteil herrscht ein Verbot, mit Aussenstehenden über die Erkrankung und deren Auswirkungen auf das familiäre Zusammenleben zu sprechen. Die Kinder empfinden dieses Verbot intuitiv oder erhalten es explizit. Die Erkrankung wird somit zu einem Geheimnis der Familie und wird oft auch innerhalb der Familie tabuisiert. Somit entsteht für die Kinder ein Informationsdefizit über die Krankheit. Auf ihre Fragen erhalten sie nur ausweichende Antworten, mit Aussenstehenden dürfen sie nicht sprechen und sind somit auf ihre eigenen Vermutungen und Überlegungen angewiesen. Diese Unwissenheit löst bei den Kindern Ängste und Verzweiflung aus. Sie finden nicht die nötige Kraft, die Schamgefühle und das familiäre Schweigegebot zu überwinden und den Schritt nach aussen zu wagen (Lenz, 2005). „Ungeschriebenes Gesetz war, dass nichts über die Erkrankung meiner Mutter nach aussen dringen durfte. Die Stigmatisierung psychisch Kranker liess meinen Vater die Entscheidung treffen, die Erkrankung meiner Mutter unter allen Umständen zu verheimlichen. Das heisst, ich durfte nicht sagen, was ich wollte, sondern musste mich ständig kontrollieren“ (Mattejat, Lisofsky, 2008, S. 16).

Somit können die Kinder nur vermuten, welche Ursachen die Erkrankung der Eltern haben könnte. Die Mehrzahl der Kinder und Jugendlichen führen die Erkrankung ihres Elternteils auf Überforderung und Stress oder auf belastende Lebensereignisse zurück. Das Gefühl, an der Krankheit mitschuldig zu sein, tritt häufig bei jüngeren Kindern auf. Bei Jugendlichen steht eher die Sorge nach der Vererbung der Krankheit im Vordergrund, so Lenz (2005). „Ich gab mit die Schuld daran, dass es dazu kam, ich fühlte mich schuldig, sie nicht länger und besser umsorgt zu haben, wozu man doch eigentlich als Tochter die Pflicht hat“ (Mattejat, Lisofsky, 2008, S. 31).

Einfluss nach Alter des Kindes

Neugeborene und Babys (0-1)

Da Neugeborene und Babys vollumfänglich von ihrer Bezugsperson abhängig sind, kann eine psychische Erkrankung eines Elternteils ihr Überleben gefährden. Gemäss Baumann (2000) kommunizieren depressive Mütter sprachlich wie auch über Körperkontakt weniger mit ihren Kindern als gesunde Mütter. Das Kind wird dadurch in seiner Entwicklung eingeschränkt und kann schon im Alter von wenigen Wochen Verhaltensauffälligkeiten zeigen. Die pflegerische und emotionale Vernachlässigung

zeigt sich häufig auf der psychosomatischen Ebene. Kinder zeigen oft Symptome wie beispielsweise Unterernährung, Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes, Neurodermitis, Schlafstörungen, Kontaktrückzug, Autoaggressionen, um nur einige zu nennen.

Kleinkinder (2-4)

Zwei- bis vierjährige Kinder beginnen in der Regel mit ersten Ablösungsschritten zu einem Selbstständigen Ich. Gleichzeitig findet eine Entwicklung mit Spracherwerb und mit der Erkundung der Umwelt statt. Kinder psychisch kranker Eltern sind oft sprachlich noch nicht soweit entwickelt und zeigen Auffälligkeiten in ihrem Sozialverhalten. So beschäftigen sie sich in einer Spielsituation mit Gleichaltrigen häufiger alleine, sie wirken ängstlicher und suchen die Nähe ihrer Bezugsperson. Ebenfalls erkunden sie ihre Umwelt nur sehr zögerlich (ebd.).

Vorschulalter (5-6)

Kinder lernen sich von ihrem ich-bezogenen Standpunkt zu lösen und sich in die Rolle anderer zu versetzen. Kinder psychisch kranker Eltern sind gegenüber anderen 5-6 Jahre alten Kindern oft eingeschränkt, da sie von ihren Eltern ein wahnhaft verzerrtes Bild der Welt vermittelt bekommen. Schon in diesem Alter weisen sie Schuldgefühle auf und haben Hoffnungslosigkeit in ihrem Denken eingebaut. Zudem sind die Kontakte zur Umwelt oftmals auf ein Minimum beschränkt, bedingt durch die Geheimhaltung der Erkrankung ihrer Eltern (ebd.).

Schulalter (7-13)

Kinder psychisch kranker Eltern sind durch den Schulbesuch vielen neuen Anforderungen ausgesetzt, denen sie nicht gewachsen sind. Im Bereich der Schulleistungen, des Verhaltens oder der sozialen Integration können somit Schwierigkeiten für diese Kinder auftreten. Sie erkennen, dass mit ihrem Elternteil etwas nicht stimmt. Einige reagieren mit Angst und Rückzug, andere hingegen mit Aggressionen und Unruhe. Sie schämen sich für ihre familiäre Situation und laden dadurch auch keine Schulkameraden zu sich nach Hause ein. Die Schuldgefühle werden grösser und die Kinder beginnen, Haushaltsarbeiten zu übernehmen und tragen Verantwortung für das Funktionieren der Familie. Im Extremfall kommt es zu einer Rollenumkehr: das Kind betreut den erkrankten Elternteil oder wird zum Partnerersatz für den gesunden Elternteil (ebd.).

Adoleszenz (13-17)

In der Adoleszenz stehen die Bildung der eigenen Identität, die Ablösung vom Elternhaus und wichtige Zukunftsentscheidungen im Vordergrund. Kinder psychisch kranker Eltern können zwar in diesem Alter die Hintergründe der Erkrankung ihres Elternteils besser verstehen, aber dieses Wissen kann dazu führen, dass sie die Eltern nicht im Stich lassen wollen und sich somit nicht vom Elternhaus lösen können. Die Loslösung und die Identitätsfindung werden durch die Rollenumkehr zusätzlich erschwert. Hinzu kommt die Angst, dass die Krankheit vererbbar ist und dass sie somit selber daran erkranken (ebd.).

Einfluss nach Diagnose

Gemäss Baumann (2000) bestehen keine einheitlichen Studien bezüglich den Auswirkungen nach Erkrankungstyp. Sie verweist auf verschiedene Untersuchungen, die sich aber zum Teil auch widersprechen. Bis jetzt wurden hauptsächlich Studien

durchgeführt, die Vergleiche zogen zwischen Kindern mit einem an Schizophrenie erkrankten Elternteil oder an einer endogenen Depression erkrankten Elternteil. So ergab eine Untersuchung von Remschmidt und Mattejat (1994), dass sowohl die Diagnose, wie auch das Geschlecht des erkrankten Elternteils einen Einfluss auf die Auswirkungen auf deren Kinder haben. Grundsätzlich zeigt sich eine stärkere Belastung für Kinder schizophrener Eltern gegenüber deren depressiven Eltern: Kinder schizophrener Eltern haben eine geringere intellektuelle Leistungsfähigkeit und eine stärkere Symptombelastung. Besonders schwierig erweist sich die Entwicklung, wenn die Mutter der erkrankte Elternteil ist. Dagegen spricht eine Studie von Denke (1994), die aufzeigt, dass Kinder bipolar² depressiver Eltern weniger beeinträchtigt sind, als solche unipolar³ depressiver Eltern. Sie ist der Meinung, dass Eltern, die bipolar erkrankt sind, mehr Stimmungsschwankungen zeigen und dies den Bedürfnissen der Kinder eher entspricht, da mehr Stimulationen für die Kinder entstehen. Somit zieht sie auch in Betracht, dass schizophren erkrankte Eltern, ihren Kindern mehr Handlungsspielraum entgegenbringen, als die, die unipolar depressiv sind.

2.2.2. Bedürfnisse der Kinder

Wie unter Punkt 2.2.1 aufgeführt, befragte Lenz (2005) in einer Studie 22 Kinder und Jugendliche zu ihrem Erleben der psychischen Erkrankung ihrer Eltern. Gemäss den Aussagen dieser Kinder lassen sich folgende Bedürfnisse festhalten:

Information und Aufklärung

Informationen und Aufklärung über die Krankheit des Elternteils, über deren Ursachen und Verlauf und über die Behandlung der Erkrankung, stellt ein sehr grosses Bedürfnis bei Jugendlichen wie auch bei Kindern dar. Wichtig ist eine altersentsprechende Informationsvermittlung, damit auch kleinere Kinder diese aufnehmen und verstehen können. Statt allgemeinen, umfassenden Informationen möchten sie anschauliche Erklärungen für Verhaltensweisen und Reaktionen ihres erkrankten Elternteils. Sie suchen Erklärungen zu plötzlichen Veränderungen in der Persönlichkeit des Elternteils. Sie möchten konkrete Hilfen, wie sie sich in bestimmten Situationen verhalten sollen und wie sie mit dem erkrankten Elternteil umgehen und sich ihm gegenüber verhalten sollen. Kinder und Jugendliche wollen bei der Aufklärung über die Krankheit und über die Behandlung nicht geschont werden, sie erwarten Offenheit und Ehrlichkeit in der Vermittlung der Informationen (Lenz, 2005).

Jugendliche haben ein Bedürfnis nach noch differenzierten Informationen. Durch regelmässige Angehörigengespräche möchten sie in die Behandlung der Mutter oder des Vaters miteinbezogen werden. Hier möchten sie detaillierte Informationen über die Krankheit, Krankheitsverlauf, mögliche Ursachen, Behandlungsschritte, verabreichte Medikamente und deren Nebenwirkungen. Vor allem aber auch möchten sie Informationen über die Vererbbarkeit der psychischen Erkrankung (Lenz, 2005).

Fast die Hälfte der in einer Studie von Albert Lenz (2005) befragten psychisch kranken Eltern wünschen sich für ihre Kinder Informations- und Aufklärungsgespräche durch die Ärzte.

²² Bipolar: depressive und manische Phasen treten abwechselnd auf

³ Unipolar: ausschliesslich manischer oder ausschliesslich depressiver Verlauf

Austausch- und Kontaktmöglichkeiten

Gemäss Lenz (2005) fühlen sich viele Kinder und Jugendliche durch das Schweigebot über die Erkrankung einsam. Um Abwechslung, Ablenkung und soziale Anregungen zu erleben, wünschen sich viele Kinder und Jugendliche spezielle Gruppenangebote. Sie stellen sich einen Kreis von Gleichaltrigen vor, die ebenfalls von einer psychischen Erkrankung ihres Elternteils betroffen sind, der sich regelmässig trifft und in dem ein offener Austausch über die eigenen Erfahrungen möglich ist.

Aufklärung der Öffentlichkeit

Jugendliche und Kinder, die in ihrem sozialen Umfeld auf Abwertung und Stigmatisierung gestossen sind, wünschen sich eine gezielte Aufklärung der Öffentlichkeit über psychische Krankheiten (Lenz, 2005).

2.2.3. Stress und Bewältigungsstrategien der Kinder

Gemäss Lazarus und Folkman (1984) entsteht Stress, wenn es zu einem Ungleichgewicht zwischen Anforderungen und subjektiven Fähigkeiten in Belastungssituationen kommt. Die Person reagiert gleichzeitig mit einer primären und einer sekundären Bewertung. Bei der primären Bewertung beurteilt die Person die Stressrelevanz der Situation, also die wahrgenommenen Symptome und das Verhalten des erkrankten Elternteils. Stress kann als Bedrohung oder aber als Herausforderung wahrgenommen werden. Die sekundäre Bewertung bezieht sich auf die Einschätzung der vorhandenen Bewältigungsmöglichkeiten einer Person. Werden die Bewältigungsmöglichkeiten als ausreichend eingestuft, können die Anforderungen als Herausforderung bewertet werden, übersteigen die Anforderungen die vorhandenen Bewältigungspotentiale, wird die Situation als Bedrohung wahrgenommen. Je nach Bewertung werden andere Handlungsmöglichkeiten eingesetzt.

Lazarus und Folkman (1984) unterscheiden zwischen Bewältigungsstrategien mit instrumenteller bzw. problemlösender Funktion (Veränderung der stressauslösenden Situation) und Bewältigungsstrategien mit palliativer bzw. emotionsorientierter Funktion (Ablenkung oder Vermeidung). Im Kindesalter wird über folgende Bewältigungsstrategien verfügt:

- Problemlösende Bewältigung
- Suche nach sozialer Unterstützung (Suche nach Rat, Suche nach Trost)
- Emotionsregulierende Bewältigung (den Ärger an anderen auslassen, sich entspannen)
- Problemmeidung

Gemäss Lenz (2008) wenden Kinder von psychisch kranken Eltern zur Bewältigung von Stresssituationen vermehrt die Problemmeidung an. Sie ziehen sich zurück, vermeiden eine Auseinandersetzung, versuchen sich abzulenken und fliehen in ihre Traum- und Fantasiewelten. Die Vermeidung kann kurzfristig vor einem Übermass an Stress schützen, langfristig jedoch wird dadurch das Problem nicht gelöst, die Stressoren häufen sich und das Risiko für eine psychische Störung wird dadurch erhöht.

Resilienz

Die Bewältigung schwieriger Lebensereignisse hängt auch massgeblich davon ab, welche personalen und sozialen Ressourcen einer Person zur Verfügung stehen. In der Resilienzforschung steht nicht das verletzbare Kind im Vordergrund, sondern seine psychische Widerstandsfähigkeit gegenüber belastenden Ereignissen. Sie geht der Frage nach, warum sich manche Kinder trotz hoher Risiken gesund entwickeln während andere unter vergleichbaren Bedingungen besonders anfällig sind. Folgende Schutzfaktoren verringern nach Lenz (2008) das Risiko der Kinder, selber an einer psychischen Auffälligkeit zu erkranken:

Temperamentsmerkmale

Ein regelmässiger Schlaf-Wach-Rhythmus, eine geringe Irritierbarkeit, ein gutes Anpassungsvermögen an Veränderungen und eine vorwiegend positive Stimmung des Kindes stellt ein wichtiger Schutzfaktor dar. Kinder mit diesen Temperamentsmerkmalen sind weniger häufig die Zielscheibe elterlicher Kritik und Reizbarkeit und belasten die Eltern-Kind-Beziehung weniger.

Soziale Kompetenzen

Durch eine höhere Ausprägung der sozialen Kompetenzen können erfolgreichere Bewältigungsformen gefunden werden und das Handeln situationsangemessener ausgerichtet werden. Resiliente Kinder zeigen mehr Empathie und Problemlösefähigkeiten.

Kognitive Kompetenzen

Intelligente Kinder nehmen ihre Umwelt differenzierter wahr und können dadurch sensibler auf Belastungen reagieren. Zudem weisen intelligente Kinder eine bessere Schulleistung vor, was sich wiederum positiv auf ihr Selbstwertgefühl auswirkt.

Positive Selbstkonzepte

Resiliente Kinder sind der Überzeugung, selbst Einfluss auf Ereignisse zu haben. Durch das Erleben von Selbstwert und Selbstwirksamkeit werden Anpassungsversuche in Gang gesetzt, die bei Gefühlen von Hilflosigkeit unterbleiben.

Kohärenzgefühl

Kinder mit einem Kohärenzgefühl (einem gut ausgeprägten logischen, zusammenhängenden und nachvollziehbaren Gedankengang) können flexibel auf Anforderungen reagieren und sind in der Lage, situationsangemessene Ressourcen zu aktivieren.

Bindung an eine Bezugsperson

Eine emotionale und warme Bindung an eine Bezugsperson stellt einen wichtigen Schutzfaktor dar. Sicher gebundene Kinder entwickeln kompetente Bewältigungsstrategien und verfügen über realistische Vorstellungen von ihren Fähigkeiten und Möglichkeiten. Unsicher gebundene Kinder sind weniger in der Lage, soziale Unterstützung zu nutzen. Die Bezugsperson muss nicht unbedingt ein Elternteil sein, wichtig ist, dass die Person für das Kind etwas Besonderes darstellt.

Erziehungsklima

In Familien resilienter Kinder gibt es öfters gemeinsame Ausflüge, das emotionale Klima ist herzlicher und wärmer. Zugleich bestehen klare Verhaltensregeln. Die Ein-

haltung der Elternrolle spielt hierbei auch eine wichtige Rolle. Die Eltern sollen die Kinder als gleichberechtigte Partner wahrnehmen, ihre Bedürfnisse wahrnehmen, gleichzeitig ihnen aber auch klar machen, dass es Bereiche gibt, bei denen sie nicht gleichberechtigt mitentscheiden dürfen.

Paarbeziehung der Eltern

Eine gute Paarbeziehung und ein stabiles Familienklima wirken sich positiv auf die Entwicklung der Kinder aus. Die Qualität der Paarbeziehung setzt sich aus der Kommunikations-, Konfliktregelungs- und Problemlösungsfertigkeiten der Partner zusammen. Eine stabile Elternbeziehung gibt den Kindern auch in schwierigen Situationen Sicherheit und Geborgenheit. Paarkonflikte jedoch können Unsicherheit und Angst auslösen. Zudem werden bei Paarkonflikten Kinder oft als Verbündete in das Paarsystem hineingezogen und somit die Generationsgrenzen zerstört und das Kind in Loyalitätskonflikte gedrängt.

Familienstrukturen

Ausgehend von der Systemtheorie ist Stabilität wie auch Veränderung notwendig für die Lebensfähigkeit eines Familiensystems. Emotionale Bindung der Familienmitglieder und Anpassungsvermögen an Veränderung haben eine positive Auswirkung auf die Entwicklung der Kinder. Das Senden von klaren Botschaften, Empathie, unterstützende Aussagen und effiziente Problemlösungsmöglichkeiten innerhalb der Familie fördern die Resilienz der Kinder.

Soziale Unterstützung

Der Umfang und die Qualität des sozialen Netzwerkes des Kindes sind von sehr hoher Bedeutung für dessen positive Entwicklung. Unterstützende Personen bieten Rückhalt und Sicherheit zudem dienen sie als Puffer in Krisensituationen. Sie mildern belastende Lebensereignisse und bilden einen Schutzschild gegenüber Stressoren. Da sie elementare soziale Bedürfnisse wie Zugehörigkeit, Geborgenheit und soziale Verortung erfüllen, wirken sie positiv auf das Wohlbefinden und ermöglichen, sich in der Umwelt zu Recht zu finden und dem Leben einen Sinn zu geben. Die Familie und das Familiensystem bildet für Kinder das primäre Beziehungssystem, ist aber nur ein Teil des sozialen Netzwerkes von Kindern. Hinzu kommen andere Erwachsenen und Peers, wobei diesen eine grosse Bedeutung zugesprochen wird. Peers übernehmen im Grundschulalter eine zentrale Funktion in der Freizeitgestaltung, bei 10-14-jährigen bieten sie Raum für das Ausleben und Testen von aggressiven Äusserungen aber auch für Gespräche bezüglich sexueller Reifung und familiären Problemen und den damit verbundenen Ängsten und Empfindungen.

Gemäss Lenz (2005) sind Informationsvermittlung und Aufklärung sowie die Art und Weise des Umgangs mit der Krankheit in der Familie zwei weitere, *spezifische Faktoren*, welche die Resilienz von *Kindern von psychisch kranken Eltern* fördern.

Informationsvermittlung und Aufklärung

Informationsvermittlung über das Krankheitsbild, die Wirkung von Medikamenten und die verschiedenen Handlungsmöglichkeiten gehört zu den speziellen Schutzfaktoren von Kindern psychisch kranker Eltern. Die Informationen sollten altersgerecht und den Bedürfnissen der Kinder angepasst sein. Dadurch werden sie befähigt, die Situation besser zu verstehen und bei der Bewältigung der verschiedenen Stressoren unterstützt.

Krankheitsbewältigung in der Familie:

Ein weiterer spezieller Schutzfaktor für Kinder psychisch kranker Eltern ist die Art und Weise des Umgangs der Eltern und der Bezugspersonen mit der Erkrankung. Dazu gehören die innere Einstellung zur Krankheit und die Bewältigungsformen, die Krankheitseinsicht, präventive Massnahmen zur Rückfallverhinderung, Kooperation bei der Medikamenteneinnahme und die Auseinandersetzung über die Krankheit mit dem Partner. Dazu gehören zudem die familiäre Organisation und Aufgabenteilung sowie die Nutzung von Hilfsmöglichkeiten und die Zusammenarbeit mit sozialtherapeutischen Stellen.

2.2.4. Unterstützungsmöglichkeiten

Um gezielte individuelle Massnahmen einleiten zu können, müssen zunächst gemäss Gundelfinger (1995) folgende Voraussetzungen erfüllt sein:

1. Jemand muss die schwierige Situation, in der sich die Familie und die Kinder befinden, erkennen. Da die Fachpersonen des Versorgungssystems für Erwachsene als erste mit der Familie in Kontakt kommen, müssen sie ihre Klienten gezielt nach deren Kindern befragen. Sie müssen bei einem Klinikaufenthalt abklären, wie die Kinder versorgt werden und ob eine Unterstützung notwendig ist.
2. Die Familie muss die angebotene Hilfe annehmen. Dies wird einerseits durch das Gebot der Geheimhaltung der Erkrankung nach aussen erschwert, andererseits fühlen sich die Eltern oft schuldig, weil sie die Erziehung zeitweise nicht ausreichend wahrnehmen können und haben Angst, dass ihnen die Kinder weggenommen werden.

Anhand der verschiedenen Forschungsergebnisse über die Bedürfnisse der Kinder psychisch kranker Eltern wurden bereits einige Projekte ins Leben gerufen, die darauf abzielen, auf die Bedürfnisse dieser Kinder einzugehen. Viele Studien veröffentlichen bestehende Angebote und Projekte, die noch ausgebaut oder verwirklicht werden sollten. Gemäss Aussage von Frau Therese Zenhäusern, Fachpsychologin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Mitarbeiterin im Zentrum für Entwicklung und Therapie des Kindes (ZET) in Brig, (vgl. Anhang B, Zeile 3) gibt es im Oberwallis keine Angebote, die spezifisch auf Kinder von psychisch kranken Eltern ausgerichtet sind.

In dieser Arbeit setze ich mich mit den Interventionen der Fachpersonen des Versorgungssystems für Erwachsenen in Bezug auf die Kinder psychisch kranker Eltern auseinander. Deshalb werde ich nachfolgend nur jene Unterstützungsmöglichkeiten aufführen, die von diesen Fachpersonen ergriffen werden könnten. Andere Projekte und Unterstützungsmöglichkeiten von Fachpersonen des Versorgungssystems der Kinder lasse ich deshalb unerwähnt, die nachfolgende Liste ist somit nicht als abschliessend zu betrachten.

Checkliste

Gemäss Therese Zenhäusern (vgl. Anhang B, Zeile 106-120) nimmt die Checkliste eine sehr bedeutende Funktion ein. Fachpersonen des Versorgungssystems der Erwachsenen gelten als erste Anlaufstelle und sollten deshalb über sogenannte Checklisten verfügen. Wenn sich eine Personen bei ihnen meldet, oder gemeldet wird, sollte von den Fachpersonen in einer ersten Phase abgeklärt werden in welcher familiären Situation sich diese Personen befinden. Falls Kinder vorhanden sind, müssen sie abklären:

- Wie werden die Kinder betreut?
- Ist eine Betreuung organisiert?
- Welche Hilfestellungen benötigt die Familie?
- Ist ein Umfeld vorhanden, das die Kinder auffangen kann, wenn es dem Elternteil nicht gut geht?
- Sprechen die Eltern mit den Kindern über ihre Erkrankung?

Kindgerechte Informationen und Aufklärung

Gemäss Wunderer (2008) ist es wichtig und notwendig mit Kindern von psychisch kranken Eltern über die Erkrankung ihres Elternteils zu sprechen. Denn es sind nicht die Informationen, die sie überfordern, sondern die Ungewissheit, wenn sie nicht verstehen, was los ist. Wenn die Kinder keine Informationen zur Erkrankung erhalten, schaffen sie sich eigene Erklärungsmuster, die in der Regel viel schlimmer ausfallen als die Realität. Durch die Informationen zum Krankheitsbild werden den Kindern Hoffnung, Mut und positive Zukunftserwartungen vermittelt (Lenz, 2008). Die Informationen über die Erkrankung, die Wirkung von Medikamenten und die verschiedenen psychiatrischen Behandlungsformen eröffnen den Kindern neue Handlungsspielräume und dadurch die Kontrolle über ihr Handeln und ihre Gefühle. Somit wird die Selbstbefähigung gefördert, das Kind merkt, dass es durch sein Handeln Einfluss auf die Situation hat und wird in seinem Tun bestärkt. Erst wenn die Kinder über genügend Wissen verfügen, sind sie in der Lage, eigene Lebensperspektiven zu entwickeln und werden ermutigt, eigene Kompetenzen wahrzunehmen und diese einzusetzen (Lenz, 2008).

Jeder, der eine positive Beziehung zum Kind hat, kann mit den Kindern über die Erkrankung ihres Elternteils sprechen, so Wunderer (2008). Dies können der gesunde Elternteil, Grosseltern, Tanten, Onkeln, Nachbarn, Freunde der Familie oder auch Lehrpersonen sein. Wichtig ist, dass das Kind dadurch nicht in einen Loyalitätskonflikt gebracht wird, deshalb sollten die Informationen zuvor mit den Eltern abgesprochen werden. Im günstigsten Fall werden die Kinder vom erkrankten Elternteil selber informiert, wenn sich dieser gerade in einer stabilen Phase befindet. Eine grosse Hilfe ist es, wenn Fachpersonen der Erwachsenenpsychiatrie diese Aufgabe übernehmen und die Eltern darin unterstützen, das Gespräch mit ihren Kindern zu suchen oder wenn sie die Kinder selber über die Erkrankung aufklären. Es gibt kein bestimmtes Alter der Kinder, das man abwarten sollte um über die Erkrankung des Elternteils zu sprechen. Die Informationen sollten aber dem Alter des jeweiligen Kindes entsprechen. Damit die Krankheit ihren Schrecken verliert, sollte diese bei den Gesprächen auch beim Namen genannt werden. Besonders wichtig für das Kind ist das

Wissen, dass niemand etwas dafür kann, dass sein Elternteil erkrankt ist (Wunderer, 2008).

Im Interview verweist Frau Therese Zenhäusern darauf, dass sie manchmal Kinder von psychisch kranken Eltern begleitet, die nicht wissen, was mit ihren Eltern los ist. Dies, obwohl die Eltern bereits jahrelang in psychotherapeutischer Behandlung oder sogar hospitalisiert waren. Die Kinder sollten, falls dies nicht durch den erkrankten Elternteil selber geschieht, durch die zuständigen Fachpersonen ihrer Eltern über die Erkrankung aufgeklärt und informiert werden. Sie sollten einen Namen für die Krankheit und das Verhalten ihres Elternteils erhalten und wissen, dass es kein Tabu ist, darüber zu sprechen (vgl. Anhang B, Zeile 121-127).

Im Rahmen eines Projektes in den Niederlanden wurden für die Informationsvermittlung an Kinder psychisch kranker Eltern Broschüren entwickelt, die an die betroffenen Kinder abgegeben werden konnten. Pro Juventute hat diese für die Schweiz übersetzt und angepasst. Die Broschüre erklärt altersgerecht die verschiedenen psychischen Erkrankungen und Behandlungsmöglichkeiten sowie deren Folgen für die Familie. Sie geht auf die Frage der Vererbung ein und gibt Tipps, die den Umgang mit dem erkrankten Elternteil erleichtern soll und vermittelt Stellen, bei denen Hilfe geholt werden kann (Pro Juventute, 2007).

Gruppenangebote

Gruppenangebote für betroffene Kinder und Jugendliche ermöglichen diesen, sich mit andern Betroffenen auszutauschen und so offen über ihre Probleme sprechen zu können. Ziel ist, die Bewältigungsstrategien der Kinder und Jugendlichen zu erkennen und zu fördern. Ausserdem werden Spiele zur Selbststeuerung und Selbstwirksamkeit der Kinder angeboten (Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, 2008).

Durch die gesellschaftliche Tabuisierung fällt es den Familien oftmals schwer, an einem Gruppenangebot teilzunehmen. Sie versuchen Normalität zu wahren und nichts gegen aussen dringen zu lassen. Deshalb bietet sich speziell für Jugendliche das Internet als geeignetes Medium an. Das Internetforum sollte professionell geleitet werden. Dort können sich die betroffenen Familien informieren, austauschen und beraten lassen. Somit wäre die Anonymität gewährleistet und auch der Zeitpunkt für eine Kontaktaufnahme könnte von den Betroffenen selber bestimmt werden (ebd.).

Auch Therese Zenhäusern spricht im Interview die Wichtigkeit von Gruppenangeboten an. Sie hat in anderen Kantonen bereits sehr gute Erfahrungen mit Gruppentherapien oder Selbsthilfegruppen für Kinder von psychisch kranken Eltern gemacht. Dies, weil solche Angebote speziell auf die Thematik und die Sorgen dieser Kinder zentriert sind. Dadurch können viele Tabus gebrochen werden und ein präventives Arbeiten mit den Betroffenen wird in solch einer Gruppe ermöglicht. Leider existiert ein solches Angebot im Oberwallis nicht. Ihrer Meinung nach scheitert die Umsetzung eines solchen Projektes einerseits an den nicht vorhandenen Ressourcen. Andererseits scheitert die Umsetzung am Einzugsgebiet des Oberwallis und somit an der Organisation. Man wäre darauf angewiesen, dass die Kinder und Jugendlichen aus den Seitentälern ins Tal kämen, was einen grossen zeitlichen und finanziellen Aufwand bedeuten würde (vgl. Anhang B, Zeile 162-175).

Praktische Hilfen für die Familien

Kinder von psychisch kranken Eltern müssen oft Aufgaben übernehmen, die nicht ihrer Rolle als Kind entsprechen. Gemäss Mattejat (Mattejat, Lisofsky, 2008) kann dieser Rollenumkehr mit praktischen Hilfen vorgebeugt werden. Damit die Kinder nicht Teile des Haushalts führen müssen, kann eine Familienhilfe Entlastung bringen. Die Aktivierung von Verwandten, von sozialpädagogischer Familienhilfe oder eine entlastende Kinderbetreuung kann die älteren Geschwister davor schützen, die Betreuung für die Jüngeren übernehmen zu müssen. Damit die Verantwortung über die Medikamenteneinnahme nicht bei den Kindern liegt, kann eine Spitexhilfe beauftragt werden, die die Medikamente richtet und eventuell die Einnahme kontrolliert (ebd.).

Krisenplan

Gemäss Lenz (2008) bietet ein Krisenplan für Kinder von psychisch kranken Eltern Schutz und Sicherheit in eskalierenden Krisensituationen wie in einer Phase der akuten Erkrankung oder aber bei einer Klinikeinweisung. In einem Krisenplan werden detaillierte und verbindliche Abmachungen für Krisenzeiten vorgenommen. Das Kind benennt eine Vertrauensperson aus seinem Umfeld, an die es sich in Krisenzeiten wenden kann. Zusammen mit dieser wird festgelegt, wann, in welcher Form und in welchem Umfang die Vertrauensperson Unterstützung leisten soll. Der Krisenplan bietet den Kindern zudem die Möglichkeit, sich in solchen Zeiten auf eine vertraute Person stützen zu können, ohne in Loyalitätskonflikte zu geraten oder Schamgefühle und Ängste zu entwickeln. Für die erkrankten Eltern bietet der Krisenplan eine Entlastung von Schuldgefühlen und Sorgen in Bezug auf die Versorgung der Kinder.

Erziehungskompetenz der Eltern fördern

Laut Lenz (2008) macht sich in Familien mit einem erkrankten Elternteil eine grosse Unsicherheit in Bezug auf Erziehung und erzieherische Praktiken breit. Denn durch die psychische Erkrankung und die familiären Lebensumstände ist die Erziehungskompetenz des erkrankten Elternteils oftmals stark beeinträchtigt, da sie strenge Erziehungsmassnahmen, inkonsistentes Belohnungs- und Bestrafungsverhalten, widersprüchliche Anweisungen, Uneinigkeit mit dem Partner in Erziehungsfragen und mangelnde Wärme gegenüber dem Kind zeigen. Durch eine Verbesserung der Erziehungskompetenz sollen die Eltern in die Lage versetzt werden, die Bedürfnisse ihrer Kinder zu befriedigen und sie kompetent zu unterstützen. Nach Petermann und Petermann (2006) setzt sich die Erziehungskompetenz aus folgenden Komponenten zusammen:

- Beziehungsfähigkeit
- Kommunikationsfähigkeit
- Fähigkeit zur Grenzsetzung
- Förderfähigkeit
- Vorbildfähigkeit
- Fähigkeit zum Alltagsmanagement

Eines der Programme zur Förderung der Erziehungskompetenz der Eltern ist das Positive Parenting Program (Triple P). Es wurde von Sanders (1999) mit dem Ziel

entwickelt, Eltern Strategien zu vermitteln, die helfen, eine positive Beziehung zum Kind aufzubauen, seine Entwicklung zu fördern und einen angemessenen Umgang mit Problemverhalten zu erlernen. Es umfasst fünf Interventionsschritte mit steigenden Intensitätsgrad. Das Vorgehen beruht auf folgenden Schritten:

- Sichere Umgebung für das Kind schaffen
- Positive Lernatmosphäre herstellen
- Positive Disziplin mit konsequentem Verhalten auf Probleme
- Entwicklung von realistischen Erwartungen an das Kind
- Lernen eigene Bedürfnisse nicht zu vernachlässigen

Nachdem Eltern das Triple P absolviert hatten, konnten laut Hahlweg, Lexow, Wiese (2008) in Untersuchungen eine Steigerung der elterlichen Erziehungskompetenz und eine signifikante Abnahme des kindlichen Problemverhaltens festgestellt werden.

Zusammenarbeit der Institutionen

Damit wirksame Hilfeleistungen für Kinder psychisch kranker Eltern gewährleistet werden können, muss psychotherapeutisches, psychiatrisch-medizinisches und sozialpädagogisches bzw. sozialarbeiterisches Wissen miteinander verknüpft werden. Eine enge Kooperation zwischen Institutionen aus dem Erwachsenenbereich und dem Bereich der Kinder und Jugendlichen ist somit unabdingbar (Lenz, 2005). Um eine Ebene für eine gelingende Kooperation zu schaffen und um falsche Erwartungen abzubauen sind gemäss einer Studie von Van Santen und Seckinger (2003) folgende Kenntnisse über die jeweils andere Institution nötig:

- Aufgaben und Aufträge
- Angebotsprofil
- Zuständigkeiten
- Handlungsmöglichkeiten und Spielräume.

Für Therese Zenhäusern ist das systemische Denken die wichtigste Voraussetzung, damit die Zusammenarbeit zwischen den Institutionen gelingen kann. Da der Patient/Klient immer in Wechselwirkung mit seinem Umfeld agiert, muss dieses auch miteinbezogen werden. Deshalb sollten sich die Fachpersonen bewusst sein, welche Institutionen für welche Klienten/Patienten vorhanden sind und welche Angebote diese haben. Somit sollten die Fachpersonen aller Bereich weitergebildet und für die Problematik der Kinder psychisch kranker Eltern sensibilisiert werden (vgl. Anhang B, Zeile 150-157).

Aufklärung der Öffentlichkeit

Heute werden psychische Krankheiten in der Gesellschaft immer noch tabuisiert. Dies hängt damit zusammen, dass die Öffentlichkeit über zu wenig Wissen über psychiatrische Krankheiten, die Psychiatrie und deren Patienten verfügt. Dadurch werden die Schwierigkeiten für die Betroffenen zusätzlich verschärft, denn die Krankheit wird somit ausserhalb wie auch innerhalb der Familie tabuisiert. Somit haben die Kinder keine Möglichkeit, mit jemandem über die Krankheit und ihre Probleme und Sorgen zu sprechen. Es fehlt ihnen an Informationen bezüglich der Krankheit ihres Elternteils und sie suchen für sich selber Erklärungen, die zu Schuld- und Angstgefühlen führen (Lenz, 2005).

Die Aufklärung der Öffentlichkeit trägt somit entscheidend dazu bei, dass die Probleme der Familien erkannt werden können und die Familien weniger stigmatisiert werden. Dadurch sind diese auch eher bereit, Hilfe anzunehmen. Baumann (2000) sieht den Schulunterricht als geeignetes Medium um Öffentlichkeitsarbeit zu leisten, zumal sich in diesem Alter die Vorurteile gegenüber psychisch Kranken noch nicht manifestiert haben. Eine Auseinandersetzung mit psychischen Problemen kann in diesem Alter einen präventiven Charakter erhalten. Kinder, die über diese Problematik informiert werden, reagieren weniger verunsichert und verängstigt, wenn sie im Laufe ihres Lebens mit psychischen Erkrankungen konfrontiert werden.

2.2.5. Kinderschutz

Das Kind benötigt aufgrund seiner Verletzbarkeit und seiner Abhängigkeit besonderen Schutz und besondere Fürsorge. Aus diesem Grunde hat die Schweiz die UN-Konvention über die Rechte der Kinder ratifiziert und im schweizerischen Zivilgesetzbuch (ZGB) diverse Artikel zum Schutz des Kindes festgehalten.

Die UN-Konvention über die Rechte der Kinder hält unter anderem folgende Punkte fest:

Höheres Interesse des Kindes

Bei jeder Entscheidung steht das höhere Interesse des Kindes im Vordergrund. Falls die Eltern oder andere verantwortliche Personen ihren Pflichten nicht nachkommen, hat der Staat den Schutz und das Wohlergehen des Kindes sicherzustellen (UN-Konvention Art. 3).

Verantwortung der Eltern

Die Erziehung des Kindes liegt in erster Linie in der Verantwortung der Eltern. Der Staat hat sie bei dieser Aufgabe zu unterstützen (UN-Konvention Art. 18).

Schutz vor Misshandlung

Der Staat hat die Pflicht, Kinder gegen jede Art von Misshandlung durch ihre Eltern oder andere Betreuungspersonen zu schützen. Er muss diesbezüglich entsprechende Präventions- und Behandlungsprogramme anbieten (UN-Konvention Art. 19).

Die Schweiz hat hierzu im ZGB folgende Gesetze erlassen:

„Die Eltern leiten im Blick auf das Wohl des Kindes seine Pflege und Erziehung und treffen unter Vorbehalt seiner eigenen Handlungsfähigkeit die nötigen Entscheidungen.

Das Kind schuldet den Eltern Gehorsam; die Eltern gewähren dem Kind die seiner Reife entsprechende Freiheit der Lebensgestaltung und nehmen in wichtigen Angelegenheiten, soweit tunlich, auf seine Meinung Rücksicht“ (ZGB, Art. 301 Abs. 1-2).

„Die Eltern haben das Kind ihren Verhältnissen entsprechend zu erziehen und seine körperliche, geistige und sittliche Entfaltung zu fördern und zu schützen.

Sie haben dem Kind, insbesondere auch dem körperlich oder geistig gebrechlichen, eine angemessene, seinen Fähigkeiten und Neigungen soweit möglich entsprechende allgemeine und berufliche Ausbildung zu verschaffen.

Zu diesem Zweck sollen sie in geeigneter Weise mit der Schule und, wo es die Umstände erfordern, mit der öffentlichen und gemeinnützigen Jugendhilfe zusammenarbeiten“ (ZGB, Art. 302 Abs. 1-3).

Die verschiedenen psychischen Störungen der Eltern haben unterschiedliche Einschränkungen auf die Erziehungsfähigkeit der Eltern. Nach Göpfert, Webster, Seeman (1996) ist die Erziehungsfähigkeit die Fähigkeit der Eltern, die Bedürfnisse des Kindes nach körperlicher Versorgung und Schutz zu erfüllen, dem Kind als stabile und positive Vertrauensperson zu dienen, dem Kind Regeln und Werte zu vermitteln sowie dem Kind grundlegende Lernchancen zu eröffnen. Eltern mit einer psychischen Störung können verzögernd oder gar nicht auf kindliche Signale reagieren. Sie verhalten sich eher passiv oder aber überfürsorglich und bevormundend. Ihr Verhalten wird oft durch ihre eigenen Bedürfnisse gelenkt, was die Erziehungsfähigkeit, wie oben definiert, stark einschränkt. Walsh, McMillan, Jamieson (2002) stellten fest, dass Kinder, die über eine psychische Erkrankung ihrer Eltern berichten, zwei- bis dreimal häufiger Vernachlässigung, Misshandlung und sexuellen Missbrauch erlebt hatten als Kinder mit gesunden Elternteilen.

Ist gemäss ZGB, Artikel 307 das Wohl des Kindes gefährdet und sorgen die Eltern nicht von sich aus für Abhilfe oder sind sie dazu ausserstande, so trifft die Vormundschaftsbehörde die geeigneten Massnahmen zum Schutz des Kindes. Sie kann die Eltern ermahnen und ihnen bestimmte Weisungen für die Pflege und Erziehung erteilen. Sie kann eine bestimmte Person oder Stelle bestimmen, der Einblick in die Situation zu gewähren und Auskunft zu geben ist. Falls erforderlich, kann die Vormundschaftsbehörde einen Beistand ernennen, der die Eltern in ihrer Erziehung unterstützt. Die elterliche Sorge kann, falls die Kindesschutzmassnahmen erfolglos geblieben sind oder ungenügend erscheinen, auch beschränkt oder entzogen werden und das Kind bei Dritten untergebracht werden. Dies geschieht, wenn die Eltern wegen Unerfahrenheit, Krankheit, Gebrechen, Ortsabwesenheit oder ähnlichen Gründen ausserstande sind die elterliche Sorge auszuüben oder wenn sich die Eltern nicht ernsthaft um das Kind kümmern oder ihre Pflichten gegenüber dem Kind gröblich verletzt haben (ZGB, Art. 322 Abs. 1).

Die Fachpersonen des Erwachsenenbereichs müssen abwägen, ob die Eltern die Erziehungsfunktion noch wahrnehmen können und ob das Wohl des Kindes gefährdet ist, so Therese Zenhäusern. Falls die Eltern für die Entwicklung ihres Kindes nicht mehr sorgen können, muss eine Meldung an die Vormundschaftsbehörde gemacht werden. Diese beauftragt meist das Amt für Kindesschutz die Situation detailliert abzuklären und geeignete Massnahmen wie Betreuung, Tagesstruktur oder Beistandschaft einzuleiten (vgl. Anhang B, Zeile 79-85).

Sobald die Kinder selber Verhaltensauffälligkeiten zeigen, besteht die Möglichkeit einer Begleitung durch das ZET. Kinder von 0 bis 18 Jahren können freiwillig psychologische Unterstützung in Anspruch nehmen. Nach einer Abklärung und Diagnose wird die Familie beraten und begleitet. Es besteht das Angebot verschiedener Therapien, je nach Bedürfnis der Klienten (vgl. Anhang B, Zeile 35-40).

3. Forschungsmethodik

Im methodischen Teil werden die Themenwahl und Themeneingrenzung und die Forschungsethik beschrieben. Die Datenerhebung befasst sich mit der Methode zur Datenerhebung, der Begründung der Methodenwahl, der Entwicklung des Forschungsinstrumentes, dem Untersuchungsfeld und wie ich meine Probanden für die Befragung gewinnen konnte. Zum Schluss lege ich meine Hypothesen dar.

3.1. Themenwahl und Themeneingrenzung

Zu Beginn dieser Arbeit habe ich verschiedene Fachliteratur zur Thematik „Kinder von psychisch kranken Eltern“ gesucht. Aus den Artikeln, die im Internet veröffentlicht wurden, konnte ich keine detaillierten Informationen finden. Es kristallisierten sich jedoch bald einige bedeutende Namen heraus, die sich im deutschsprachigen Raum mit dieser Thematik bereits befasst hatten und ich studierte deren Forschungsergebnisse.

Wie sich aus der Literatur ergab, sind die Einflüsse einer psychischen Erkrankung eines Elternteils auf die Kinder und die Bedürfnisse dieser Kinder bereits umfangreich erforscht worden. Daraus entstanden verschiedene Handlungsansätze für die unterschiedlichen Akteure, die mit diesen betroffenen Familien in Kontakt kommen. Ausgehend von diesen Ansätzen habe ich mein Projekt eingereicht, das auch angenommen wurde.

Da bei der Thematik „Kinder von psychisch kranken Eltern“ jeweils das Versorgungssystem der Kinder aber auch das der Erwachsenen involviert sind, stellten sich die Themeneingrenzung und die Fragestellung für mich als sehr schwierig heraus. Nach diversen Gesprächen mit Dozenten der Fachhochschule Westschweiz und der Begleitperson konnte ich mir jedoch Klarheit über die Thematik verschaffen, das Thema besser eingrenzen und die Fragestellung nochmals anpassen.

Anhand meines Experteninterviews mit Frau Therese Zenhäusern kristallisierte sich heraus, dass es im Oberwallis keine spezifischen Angebote für Kinder von psychisch kranken Eltern gibt (vgl. Anhang B, Zeile 3) und dass die Fachpersonen aus dem Versorgungssystem der Kinder auf die Zusammenarbeit der Fachpersonen des Versorgungssystems für Erwachsene angewiesen sind, da diese am frühesten mit den betroffenen Kindern in Kontakt kommen. Dadurch wurde ich in meinem Vorhaben bestärkt, Fachpersonen des Versorgungssystems für Erwachsene im Oberwallis über ihren Umgang mit Kindern ihrer Klienten/Patienten zu befragen.

3.2. Forschungsethik

Es ist mir bewusst, dass die Thematik „Kinder von psychisch kranken Eltern“ ein schwieriger Themenbereich ist. Ich habe sehr bald eingesehen, dass es nicht möglich sein wird, die betroffenen Kinder selber zu befragen. Einerseits wäre es sehr schwierig geworden, Kinder von psychisch kranken Eltern zu finden, die bereit gewe-

sen wären, mit mir ein Interview zu führen. Andererseits wäre es ethisch auch nicht korrekt gewesen, diese Kinder über ihre Situation zu befragen, da sie nach der Befragung keine Nachbetreuung gehabt hätten und aufgewühlt wieder in ihr familiäres Umfeld zurück gehen müssten. Deshalb habe ich mich entschieden, verschiedene Experten aus dem Versorgungssystem für Erwachsene zu befragen. Aus Datenschutzgründen wurden die Personen für die vorliegende Arbeit anonymisiert.

Da ich bei der Sozialberatung der Vereinigung emera arbeite und dies gleichzeitig mein Untersuchungsfeld ist, habe ich darauf geachtet, vor den Interviews keine Informationen über den Inhalt meiner Diplomarbeit an meine Arbeitskollegen weiter zu geben. Dadurch konnte ich verhindern, dass die Probanden voreingenommen waren und die Antworten nicht mehr der Realität entsprechen würden.

3.3. Datenerhebung

3.3.1. Datenerhebungsverfahren und Begründung der Wahl

Die Datenerhebung fand mittels eines Leitfadeninterviews statt. Dies ist eine offene, halbstrukturierte Befragung, bei der der Befragte möglichst frei zu Wort kommen kann. Zur Vorbereitung des Interviews stellte ich mir einen Leitfaden zusammen, an dem ich mich im Gespräch orientieren konnte. Ich habe mich für ein Leitfadeninterview entschieden, weil dadurch alle Themenbereiche, die für meine Arbeit von Interesse sind, abgedeckt werden konnten, weil so unnötige Abschweifungen des Interviewten grösstenteils vermieden werden konnten und trotzdem Raum für wichtige Aspekte aus Sicht der Fachpersonen blieb. Durch diese qualitative Methode konnte ich Erfahrungen und professionelle Interventionen der Fachpersonen erforschen. Durch Nachfragen bei Unklarheiten verringerte sich der Raum für persönliche Interpretationen der Antworten. Mithilfe des Leitfadens stellte ich den Fachpersonen immer dieselben Fragen, was eine Vergleichbarkeit der Antworten ermöglicht.

Als Anwendungsform des Leitfadeninterviews entschied ich mich für das Experteninterview, da ich das Interview mit Fachpersonen des sozialpsychiatrischen Systems im Oberwallis durchführte. Hierbei steht der zu Befragende nicht als einzelnes Subjekt im Vordergrund, sondern als Experte für einen spezifischen Handlungsbereich und somit als Repräsentant einer spezifischen Gruppe (König, Zedler, 2002). Folgende Schwierigkeiten könnten bei einem Experteninterview auftreten:

- Es stellt sich heraus, dass der Interviewte kein Experte ist.
- Er spricht über Konflikte und Verwicklungen, aber nicht über das eigentliche Thema.
- Er spricht nicht in der Rolle des Experten, sondern als Privatmensch.
- Der Interviewte vermittelt sein Wissen anhand eines Vortrages und geht nicht auf einzelne Fragen konkret ein (ebd.).

Gemäss König und Zedler (2002) sollte der Interviewer deshalb deutlich machen, dass er sich mit der Thematik bereits auseinandergesetzt hat. Zudem sollten die relevanten Daten mithilfe des Leitfadens zuvor eingegrenzt werden.

Das Interview wurde aufgezeichnet und später transkribiert. So konnte ich mich während dem Gespräch auf die Antworten meines Gegenübers konzentrieren und bei Unklarheiten nachfragen oder um differenzierte Ausführungen anregen.

Vorteile des Experteninterviews:

- Die Fachpersonen hatten die Möglichkeit, ihre Perspektive in ihren Worten darzulegen.
- Bei Unklarheiten konnte ich nachfragen.
- Durch das Gespräch ergaben sich detaillierte Aussagen.
- Nonverbales wurde sichtbar.

Nachteile des Experteninterviews

- Die Anzahl Probanden war begrenzt, deshalb ist die Forschungsarbeit nicht repräsentativ.
- Die Aussagen geben lediglich die Meinungen der befragten Personen wieder und nicht die der Institutionen.
- Die Experten hatten keine Zeit sich auf die einzelnen Fragen vorzubereiten und sich Gedanken zu machen.
- Die vorgegebenen Themenbereiche lassen kaum Raum für andere Bereiche, die die Experten eventuell ansprechen wollten.
- Es besteht Manipulationsgefahr seitens des Interviewers.

3.3.2. Entwicklung des Interviewleitfadens

Um die Fragen für mein Interview zusammen zu stellen, bezog ich mich sehr stark auf die Hypothesen und deren Indikatoren. Damit Fachpersonen eine Intervention für die Kinder ihrer Klienten/Patienten einleiten können, müssen sie sich zunächst darüber informieren, ob Kinder vorhanden sind und in welcher Situation sie sich befinden (Gundelfinger, 1995). Somit bin ich in einem ersten Teil auf die Erfassung des Familiensystems bei der Anmeldung eingegangen.

Im zweiten Teil fragte ich die Fachpersonen nach der Betreuung der Kinder während dem sich ihr Elternteil in einem stationären Aufenthalt befindet. Ich wollte herausfinden, ob die Fachpersonen die Betreuungssituation der Kinder abklären und falls sich diese als ungenügend herausstellt, eine Betreuung sicherstellen.

Wie sich aus der Literatur herauskristallisierte, ist für Kinder und Jugendliche die Informationsvermittlung von zentraler Bedeutung. Deshalb fragte ich im dritten Teil nach den Informationen, die die Fachpersonen an die Kinder und Jugendlichen weiterleiten. Ich wollte wissen, ob eine Information stattfindet, in welchem Kontext und über welche Themenbereiche sie die Kinder und Jugendlichen informieren. Die Befragung habe ich in die Bereiche Krankheit, Verhalten, Medikamente und Vererbbarkeit der Störung eingeteilt. Zudem wollte ich von den Fachpersonen wissen, bei welchen Anlaufstellen sich die Kinder im Oberwallis informieren können.

Im vierten Teil nahm ich Bezug auf das Wohl des Kindes und die entsprechenden gesetzlichen Massnahmen betreffend dem Schutz des Kindes. Ich wollte von den Fachpersonen wissen, ob und wie sie Verhaltensauffälligkeiten bei den Kindern wahrnehmen, ob und wie sie darauf aufmerksam werden, dass der erkrankte Elternteil seine Erziehungsfunktion nicht mehr wahrnehmen kann und wie sie darauf rea-

gieren. Dadurch konnte ich gleichzeitig abklären, ob sie andere Institutionen einschalten und ob somit eine Zusammenarbeit mit anderen Institutionen vorhanden ist.

Der fünfte Teil bezog sich auf die Zusammenarbeit des sozialpsychiatrischen Systems im Oberwallis und eventuellen Handlungsvorschlägen für die Praxis. Hier wollte ich wissen, ob die Fachpersonen Handlungsbedarf sehen im Bezug auf das Wohl der Kinder psychisch kranker Eltern.

Somit ergaben sich im gesamten 20 Fragen für das Interview. Vor dem ersten Interviewtermin habe ich einen Pretest mit einer der Stichprobe ähnlichen Person durchgeführt, die während einigen Jahren selber als Fachperson in einer Institution des Versorgungssystems für Erwachsene mit einer psychischen Erkrankung gearbeitet hat. Das Testinterview dauerte viel weniger lang als ich erwartet hatte, ich habe jedoch deswegen keine Änderungen im Fragekatalog vorgenommen. Ich führte die Länge des Interviews darauf zurück, dass die Testperson schon längere Zeit nicht mehr in ihrem angestammten Beruf tätig war. Die Fragen waren klar und verständlich formuliert, somit mussten keine Änderungen vorgenommen werden.

Entsprechend diesen fünf Teilbereichen des Interviews habe ich Kategorien und Unterkategorien für die Auswertung des Materials gebildet.

3.3.3. Untersuchungsfeld

Um das Versorgungssystem der Kinder und Erwachsenen im Oberwallis zu erfassen, habe ich alle Institutionen in einer Abbildung zusammengetragen (vgl. Anhang A). Um mein Untersuchungsfeld einzuschränken, beziehe ich mich in der vorliegenden Arbeit auf die Fachpersonen des Erwachsenenbereichs. Diese haben am ehesten die Möglichkeit mit Kindern von psychisch kranken Eltern in Kontakt zu kommen, dies zum Beispiel auch schon, wenn noch keine Auffälligkeiten bei den Kindern vorhanden sind. Der Bereich für psychisch erkrankte Erwachsene setzt sich im Oberwallis aus folgenden Personen und Institutionen zusammen: Gynäkologen, sozialpsychiatrische Spitex, Dr. Erpen, Psychiatriezentrum Oberwallis, Stiftung emera und Hausärzte.

Da ich mich für ein Leitfadeninterview entschieden habe, konnte ich nicht alle Institutionen und Fachpersonen, die mit psychisch kranken Eltern in Kontakt kommen, befragen, da dies ein zu grosser Aufwand gewesen wäre und den Rahmen dieser Arbeit gesprengt hätte. Damit die Voraussetzungen für die Probanden ähnlich sind und ich die Antworten miteinander vergleichen konnte, habe ich mich entschieden, mich auf Institutionen zu beschränken und Hausärzte, Gynäkologen und alleinschaffende Psychiater und Psychologen von der Befragung auszuschliessen.

Aufgrund dieses Ausschlussverfahrens habe ich mich für die Institutionen Psychiatriezentrum Oberwallis, sozialpsychiatrische Spitex und Stiftung emera als Stichprobe für die Untersuchung entschieden.

Psychiatriezentrum Oberwallis

Das Psychiatriezentrum Oberwallis (PZO) in Brig ist ein Bestandteil des Spitalzentrums Oberwallis (SZO) und somit ein Teil des Gesundheitsnetz Wallis (GNW). Es verfügt über eine Angebotspalette von stationären, teilstationären sowie ambulanten Diensten. Das PZO unterliegt dem Auftrag der Pflichtversorgung und muss sicherstellen, dass jeder psychisch kranke Mensch eine angemessene Behandlung erhält. Die Grundversorgung umfasst die Behandlung und Betreuung aller Alters- und Bevölkerungsgruppen und Diagnosen, sowohl in akuten Krisen als auch in chronischen Verläufen (Waeber, 2009).

Das PZO verfügt über 27 Betten für 18-64-Jährige, 14 Betten für über 65-Jährige und 10 Betten für Kinder und Jugendliche bis 18 Jahre. 2008 verbuchte das PZO 12'640 Aufenthaltstage, die durchschnittliche Aufenthaltsdauer betrug 26,7 Tage. Insgesamt sind fünf leitende Ärzte angestellt, in der Akutpsychiatrie sind zwei Oberärzte und sechs Assistenzärzte und im Ambulatorium ein Oberarzt und sieben Psychotherapeuten tätig (ebd.).

Sozialpsychiatrische Spitex

Die sozialpsychiatrische Spitex (spspitex) arbeitet mobil und betreut Menschen mit psychischen, sozialen und/oder körperlichen Problemen zu Hause. Sie unterstützt und begleitet sie in der Bewältigung des Alltags und in lebenspraktischen Angelegenheiten.

Zu ihren Aufgaben zählen:

- Abklärung der psychosozialen Situation, Einleiten von Massnahmen nach einem Aufenthalt in der stationären Psychiatrie,
- Unterstützen/Erarbeiten von individuellen Tagesstrukturen,
- Anleitung und Hilfestellung bei der Haushaltsführung (begleitetes Wohnen) und Gestaltung einer angemessenen Wohnatmosphäre,
- Abgabe von Medikamenten (z.B. Psychopharmaka/Antabus),
- Beratung und Unterstützung vor Ort bei Alltags- und Krisenbewältigung,
- Unterstützung bei administrativen Angelegenheiten,
- Alltagsbewältigung von Menschen mit Suchterkrankung,
- Zusammenarbeit mit Ärzten, Therapeuten und Angehörigen (Sozialpsychiatrische Spitex, 2008).

Bei der Sozialpsychiatrischen Spitex sind vier Mitarbeiter tätig, die rund 80 Klienten betreuen.

Sozialberatung der Stiftung emera

Die Sozialberatung der Stiftung emera (emera) ist eine Beratungsstelle für Menschen mit einer Behinderung oder einer langandauernden Erkrankung. Sie arbeitet im Auftrag des Bundes und des Kantons und wird auch über diese subventioniert.

Das Angebot der Sozialberatung setzt sich folgendermassen zusammen:

- Kurzberatung,
- Überweisung an andere Institutionen,
- Zusammenarbeit mit anderen Fachstellen,
- Sachhilfe,
- Beratung (Vereinigung emera, 2008).

Anspruch auf diese Dienstleistungen haben Menschen mit einer psychischen, geistigen und/oder körperlichen Behinderung sowie deren Angehörige.

Die Beratungsstelle im Oberwallis verfügt über 480 Stellenprozent, die von einem Sozialarbeiter und sechs Sozialarbeiterinnen besetzt sind. Diese beraten rund 635 Klienten, wovon 175 von einer psychischen Erkrankung betroffen sind (ebd.).

3.3.4. Gewinnung der Interviewpartner

Die Leitungen der ausgewählten Institutionen wurden von mir schriftlich angefragt, ob ihre Institution grundsätzlich bereit wäre, an einem Interview zum Thema „Kinder von psychisch kranken Eltern“ teilzunehmen (vgl. Anhang C). Die Leitung des PZO's und der Sozialberatung emera habe ich per Brief angefragt. Da die spspitex nicht über eine Person mit Leitungsfunktion verfügt, habe ich alle Mitarbeiter per Mail angeschrieben. Die Institutionen wurden, wie im Brief angekündigt, eine Woche später von mir telefonisch kontaktiert, um zu klären, ob sie mit einem Gespräch einverstanden wären.

Die Leitungen des PZO's und der emera sowie die Mitarbeiter der spspitex erklärten sich bei meiner telefonischen Anfrage bereit, dass ich mit je zwei ihrer Mitarbeiter ein Interview führen konnte. So haben mich bereits nach wenigen Tagen die verschiedenen Personen kontaktiert und ich konnte einen Termin für das Interview vereinbaren.

Beim PZO war es mir wichtig, dass eine Interviewperson im ambulanten und die andere im stationären Bereich tätig ist. Bei der Terminvereinbarung mit der Person aus dem stationären Bereich, hat mir diese vorgeschlagen, dass ich Interviews mit je zwei Personen aus dem stationären Bereich und je zwei aus dem ambulanten Bereich führen könnte. Da jedoch eine Leitungsperson aus dem stationären Bereich längere Zeit abwesend war, habe ich schlussendlich zwei Interviews mit einer Fachperson aus dem ambulanten Bereich und ein Interview mit einer Fachperson aus dem stationären Bereich geführt.

3.4. Auswertungsverfahren

Um Antworten auf meine Fragestellung zu finden, habe ich mit sieben Fachpersonen der Institutionen PZO, spspitex und emera ein Leitfadenterview durchgeführt. Die Dauer der Interviews war sehr unterschiedlich und betrug zwischen 13 Minuten und 45 Minuten. Sie wurden auf Schriftdeutsch geführt und danach transkribiert. Die Namen der Interviewpartner wurden von mir anonymisiert, zur Auslegung und Interpre-

tation der Daten ist es jedoch wichtig zu wissen, bei welcher Institution der entsprechende Interviewpartner tätig ist, da sich der Auftrag der Institutionen unterscheidet. Jedoch entsprechen die jeweiligen Aussagen der Interviewpartner lediglich ihnen selber und widerspiegeln nicht die Meinung der gesamten Institution.

Die Auswertung der durch das Interview erhobenen Daten ist nach der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring erfolgt. Für die Analyse habe ich mich für die Grundform der Strukturierung entschieden, mit dem Ziel, eine bestimmte Struktur aus dem Material herauszufiltern (Mayring, 2002). Ich habe mich für diese Form entschieden, damit ich aus dem Interviewmaterial die Daten herausarbeiten konnte, die für die Verifizierung oder Falsifizierung meiner Hypothesen aussagekräftig waren. Das Verfahren umfasst folgende Schritte:

1. Definition der Kategorien: es wird definiert, welche Textbestandteile unter welche Kategorie fallen,
2. Ankerbeispiele: konkrete Textstellen werden als Beispiele für eine Kategorie aufgeführt,
3. Kodierregeln: es werden Regeln formuliert, damit eine eindeutige Zuordnung vorgenommen werden kann (ebd.).

Diese Definitionen, Ankerbeispiele und Kodierregeln werden in einem Kodierleitfaden gesammelt, der als Handanweisung für die Auswertung dient. Der Materialdurchlauf unterteilt sich in die Phasen der Bezeichnung der Textstellen im Material, der Zusammenfassung und der Aufarbeitung des gekennzeichneten Materials (ebd.).

Somit ergibt sich folgender Ablauf:

- Bestimmung der Strukturierungsdimensionen und Ausprägungen sowie die Zusammenstellung des Kategoriensystems;
- Formulierung von Definitionen, Ankerbeispielen und Kodierregeln;
- Materialdurchlauf, Fundstellenbezeichnung;
- Materialdurchlauf, Bearbeitung und Extraktion der Fundstellen;
- Ergebnisaufbereitung;
- Überarbeitung und gegebenenfalls Revision von Kategoriensystem (ebd.).

Die Indikatoren bilden bei meiner Untersuchung die Kategorien. Manche Kategorien verfügen über Unterkategorien und setzen sich wie folgt zusammen:

Kategorie 1: Erfassung des Familiensystems;

Kategorie 2: Betreuung der Kinder;

Kategorie 3: Information über die Krankheit;

Kategorie 3.1: Kontext der Informationsvermittlung;

Kategorie 3.2: Information über Medikamente;

Kategorie 3.3 Informationen über den Umgang mit dem erkrankten Elternteil;

Kategorie 3.4: Informationen zur Vererbbarkeit;

Kategorie 3.5: Informationen zur Frage der Schuld;

Kategorie 3.6: Vermitteln von andern Stellen zur Informationsbeschaffung;

Kategorie 3.7: Vermitteln von Stellen zur Informationsbeschaffung ohne Anwesenheit der Eltern;

Kategorie 4: Triage

Kategorie 4.1: Verhaltensauffälligkeiten der Kinder werden wahrgenommen;

Kategorie 4.2: Spezialisierte Stellen werden eingeschaltet;

Kategorie 5: Schutz der Kinder

Kategorie 5.1: Nichtwahrnehmen der Erziehungsfunktion der Eltern wird bemerkt;

Kategorie 5.2: Spezialisierte Stellen werden eingeschaltet;
Kategorie 6: Handlungsbedarf im sozialpsychiatrischen System im Oberwallis.

Die Unterkategorie 3.5 musste ich während der Datenauswertung neu in den Kategorienkatalog aufnehmen, da ich sie zuvor nicht als Unterkategorie vorgesehen hatte, jedoch zwei Fachpersonen diesen Themenbereich während dem Interview angesprochen haben. Diese Unterkategorie wird in der Datenauslegung argumentiert und unterbreitet.

Gemäss der strukturierenden Inhaltsanalyse nach Mayring habe ich jedes Interview nach den zuvor festgelegten Kategorien analysiert. Hierbei habe ich die entsprechende Paraphrase direkt der Kategorie zugeordnet, diese generalisiert und eine Reduktion vorgenommen (vgl. Anhang D). Die Reduktionen jedes Interviews habe ich in ein neues Raster zu den entsprechenden Kategorien eingetragen.

3.5. Forschungshypothesen

Für die Beantwortung der Forschungsfrage habe ich fünf Hypothesen aufgestellt, die ich überprüfen werde. Nachfolgend an die Hypothesen folgt jeweils deren Operationalisierung.

1. Das Familiensystem wird bei der Fallaufnahme von der Fachperson erfasst.

Indikator: Erfassung des Familiensystems

Unter dem Familiensystem verstehe ich bei der vorliegenden Arbeit die Familie an sich, das heisst der Partner und die Kinder. Die Erfassung kann bei der Anmeldung oder aber auch beim Erstgespräch von der Fachperson vorgenommen werden.

2. Die Betreuung der Kinder während einem allfälligen Klinikaufenthalt der Eltern wird von den Fachpersonen abgeklärt und sichergestellt.

Indikator: Betreuung der Kinder

Diese Hypothese dient mir zur Überprüfung, ob die Betreuung der Kinder während dem Klinikaufenthalt ihres Elternteils von den Fachpersonen abgeklärt wird. Falls keine Betreuungssituation vorhanden ist, wird diese von den Fachpersonen innerhalb der Familie oder durch externe Fachstellen sichergestellt.

3. Kinder psychisch kranker Eltern erhalten ihren Bedürfnissen entsprechende Informationen von den zuständigen Fachpersonen ihrer Eltern.

Indikator: Informationen an die Kinder

Aus der Theorie ist ersichtlich, wie wichtig den Kindern Informationen zur Krankheit ihrer Eltern sind. Mit dieser Hypothese will ich überprüfen, ob die Fachpersonen die

Kinder ihrer Klienten/Patienten informieren. Die Information habe ich in die Bereiche Krankheit, Kontext, Medikamente, Umgang mit dem erkrankten Elternteil und Vererbbarkeit unterteilt. Zudem überprüfe ich, ob die Fachpersonen den Kindern Anlaufstellen vermitteln, wo sie sich (weiter) informieren können.

4. Wenn Kinder Auffälligkeiten zeigen, werden von den Fachpersonen Fachstellen für Kinder miteinbezogen.

Indikator: Triage

Diese Hypothese dient zur Überprüfung, wie die Fachpersonen Auffälligkeiten der Kinder ihrer Klienten/Patienten wahrnehmen und wie sie darauf reagieren. Zusätzlich kann ich mit dieser Hypothese überprüfen, ob die Fachpersonen des Erwachsenenbereichs spezialisierte Stellen für Kinder kennen und mit diesen zusammenarbeiten.

5. Wenn Eltern die Erziehungsfunktion nicht mehr wahrnehmen können, werden von den Fachpersonen Fachstellen für Kinder miteinbezogen.

Indikator. Schutz der Kinder

In Anlehnung an das Wohl des Kindes und die Gesetzgebung überprüfe ich mit dieser Hypothese, wie die Fachpersonen wahrnehmen, dass ihr Klient/Patient die Erziehungsfunktion nicht mehr wahrnehmen kann und ob sie entsprechende Stellen informieren um den Schutz der Kinder zu gewährleisten.

4. Datendarlegung

Nachfolgend werden die Daten aller Interviews, nachdem sie generalisiert und eine Reduktion vorgenommen wurde (vgl. Anhang D), anhand der zuvor festgelegten Kategorien dargelegt. Dadurch wird ersichtlich, welche Aussagen die jeweiligen Fachpersonen zu den Kategorien gemacht haben. Am Schluss jeder Aussage ist eine Zahl vermerkt. Diese Zahl definiert die Stelle im Raster des jeweiligen Interviews (vgl. Anhang D), in der die Aussage der jeweiligen Fachperson in ihrem genauen Wortlaut wiedergegeben ist.

Zur Veranschaulichung ist nachfolgend ein Ausschnitt aus Interview A bezüglich Kategorie 1 zu sehen:

Kategorie	Zeile	Nr.	Paraphrase	Generalisierung	Nr.	Reduktion
Kategorie 1 Erfassung des Familiensystems	8-9	1	Ja, also wir machen eine Bedarfsabklärung und da wird die genaue Familiensituation erfasst.	Familiensituation wird bei Bedarfsabklärung erfasst.	1	Familiensituation wird durch die Bedarfsabklärung beim Erstgespräch oder über den anmeldenden Arzt erfasst. (1,2)
	14-16	2	In der Regel beim Erstgespräch. Es kommt immer ein bisschen darauf an, wie die Leute bei uns gemeldet werden. Ob über einen Arzt, wo die Informationen dann schon kommen vom dem Arzt oder bei einer Erstbegegnung.	Familiensituation wird im Erstgespräch oder über anmeldenden Arzt erfasst.		

Die Reduktion der Aussagen von Fachperson A bezüglich Kategorie 1 wurde in das gemeinsame Raster übernommen:

	Interview A spspitex
Kategorie 1 Erfassung des Familiensystems	Familiensituation wird durch die Bedarfsabklärung beim Erstgespräch oder über den anmeldenden Arzt erfasst. (1)

	Interview A spspitex	Interview B spspitex	Interview C PZO (ambulant)	Interview D PZO (stationär)	Interview E PZO (ambulant)	Interview F emera	Interview G emera
Kategorie 1 Erfassung des Familiensystems	Familiensituation wird durch die Bedarfsabklärung beim Erstgespräch oder über den anmeldenden Arzt erfasst. (1)	Erfassung des Familiensystems geschieht durch die Bedarfsabklärung oder bei Anmeldung durch den Arzt. (1)	Das Familiensystem wird beim Erstgespräch erfasst. (1)	Das Familiensystem wird beim Erstgespräch erfasst. (1)	Das Familiensystem wird im Erstgespräch erfasst. (1)	Das Familiensystem wird beim Intake und beim Erstgespräch erfasst. (1)	Das Familiensystem wird bei der Anmeldung meist erfasst, wenn es um eine umfassende Beratung geht, wird im Erstgespräch darauf eingegangen. (1)
Kategorie 2 Betreuung der Kinder	Die Betreuung wird abgeklärt und falls nötig SMZ, AKS oder die sozialpädagogische Familienhilfe eingeschaltet. (2)	Kinderbetreuung wird mit Klient/in, Bezugspersonen oder AKS geklärt. (2)	Die Betreuung wird nicht abgeklärt, dies machen die zuständigen Ärzte im stationären Bereich. (2)	Die Betreuung wird nicht abgeklärt. (2)	Die Betreuung wird von der Fachperson innerhalb der Familie abgeklärt, wenn keine Familienangehörigen da sind, wird die Abklärung an den internen Sozialarbeiter weiter gegeben. (2)	Betreuung wird nicht abgeklärt. (2)	Die Betreuung wird nicht abgeklärt. (2)
Kategorie 3 Information über Krankheit	Keine Information an die Kinder durch die Fachperson. (3)	Keine Informationen an die Kinder. (3)	Die Krankheit wird den Kindern in einer für Kinder verständlichen Sprache erklärt, dabei wird am bereits vorhandenen Verständnis der Kinder angeknüpft. (3)	Kleinkinder werden nicht informiert. Schulkinder und Jugendliche werden altersentsprechend über psychische Krankheiten allgemein informiert, jedoch nur mit therapeutischem Hintergrund und nicht	Ältere Kinder, von denen die Eltern eine schwerere psychische Krankheit haben, werden zusammen mit den Eltern über die Auswirkungen der Krankheit informiert. Es wird ihnen gesagt,	Die Kinder werden nicht informiert. (3)	Die Kinder werden nicht informiert, sollte durch medizinische Fachperson passieren. (3)

				breit bei jedem. (3)	dass sie keine Schuld haben. (3)		
Kategorie 3.1 Kontext der Informationsvermittlung	---	---	Zur Informationsvermittlung werden die Kinder mit ihren Eltern zu einer gemeinsamen Sitzung eingeladen. (4)	Kinder werden zu einer Familiensitzung eingeladen. (4)	In der gemeinsamen Sitzung mit den Eltern. (4)	---	---
Kategorie 3.2 Information über Medikamente	---	---	Kinder werden ihrem Alter entsprechen über die Medikamente und deren Nebenwirkungen informiert. (5)	Jugendliche werden über die Medikamenteneinnahme informiert, Kleinkinder und Schulkinder jedoch nicht. (5)	---	---	---
Kategorie 3.3 Information über den Umgang mit dem erkrankten Elternteil	---	Nur, wenn die Kinder älter sind. (4)	Je nach Situation wird der Umgang mit dem erkrankten Elternteil zusammen mit dem Kind erarbeitet. Den Kindern wird gesagt, dass sie ein normales Leben als Kind weiterführen sollen, ohne Schuldgefühle haben zu müssen. (6)	Keine direkten Informationen zum Umgang mit dem erkrankten Elternteil. (6)	Den Kindern wird erklärt, wie sie mit dem erkrankten Elternteil umgehen können. (5)	---	---
Kategorie 3.4 Informationen zur Vererbbarkeit	---	---	---	---	Jugendliche werden über die Vererbbarkeit der Störung informiert. (6)	---	---
Kategorie 3.5	---	---	Den Kindern wird	---	Den Kindern wird	---	---

Informationen zur Frage der Schuld			mitgeteilt, dass sie ihr Leben soweit wie möglich normal weiterführen sollen, ohne Schuldgefühle haben zu müssen. (7)		mitgeteilt, dass sie keine Schuld trifft und sie keine Verantwortung dafür tragen. (7)		
Kategorie 3.6 Vermitteln von Stellen zur Information	Kennt das ZET, jedoch nicht genau die Bedeutung (4)	Informationen durch den Arzt oder das ZET, wobei die Bedeutung von ZET unklar ist. (5)	Das ZET, ein Kinderarzt oder das PZO. (8)	Kennt keine anderen Anlaufstellen zur Informationsbeschaffung. (7)	Wenn die Kinder bereits im ZET eingebunden sind, können sie sich dort informieren. (8)	Da es keine spezifische Fachstelle gibt, wird in Zusammenarbeit mit dem Therapeut eine Vernetzung mit ZET oder Kinderpsychiatrie gemacht. (4)	Durch eine Lehrperson, ansonsten gibt es keine spezielle Anlaufstelle. (4)
Kategorie 3.7 Vermitteln von Stellen von Information ohne Anwesenheit der Eltern	Kennt keine Anlaufstellen (5)	Die dargebotene Hand und ev. beim Jugendpsychiater, ist aber unsicher darüber. (6)	Das ZET, PZO, wenn die Kinder älter sind, oder andere Vertrauenspersonen wie Lehrpersonen, Onkel oder Tanten. (9)	Kontaktadressen, die in der Schule abgegeben werden (Telefonnummern) oder ZET oder Jugendpsychiatrie. (8)	Ältere Kinder können sich im Internet informieren. Den Kindern werden Broschüren abgegeben, in denen die Krankheit anhand einer Geschichte erklärt wird. (9)	Es existieren keine Anlaufstellen speziell für Kinder. (5)	Kennt keine Anlaufstelle. (5)
Kategorie 4.1 Verhaltensauffälligkeiten der Kinder wahrnehmen	Verhaltensauffälligkeiten gehen aus der Anamnese hervor oder werden durch Beobachtung wahrgenommen. (6)	Verhaltensauffälligkeiten werden durch Beobachtung oder Äusserungen der Eltern wahrgenommen. (7)	Meistens werden Verhaltensauffälligkeiten der Kinder von den Eltern angesprochen, manchmal sieht man es direkt, wenn sie zur Therapie mitkommen. (10)	Verhaltensauffälligkeiten der Kinder werden meistens durch andere Familienangehörige oder durch bereits involvierte Stellen gemeldet. (9)	Verhaltensauffälligkeiten der Kinder werden vom Patient in der Sitzung angesprochen oder direkt wahrgenommen, wenn die Kinder an der Sitzung teilnehmen.	Durch die Informationen der Eltern. (6)	Verhaltensauffälligkeiten werden von Angehörigen oder Nachbarn gemeldet oder von den Klienten im Beratungsgespräch angesprochen. (6)

					men. (10)		
Kategorie 4.2 Spezialisierte Stellen einschalten	AKS oder ZET werden einbezogen. (7)	Die Eltern werden an die Erziehungsberatung, den jugendpsychiatrischen Dienst oder das AKS verwiesen, müssen aber selber Meldung machen. (8)	Es wird eine Meldung an Kinder- Jugendpsychologen, Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendpsychiatern gemacht. (11)	Kinder- und Jugendpsychiatrie wird mit einbezogen. (10)	Die Eltern werden an die sozialpädagogische Familienhilfe, das ZET, an Kinder- oder Jugendpsychologen oder ans PZO verwiesen. (11)	Meldung beim ZET. (7)	In einem Gespräch mit den Eltern wird eruiert, ob eine Lehrperson oder psychologische Hilfe beigezogen werden muss. (7)
Kategorie 5.1 Nichtwahrnehmen der Erziehungsfunktion der Eltern bemerken	Man merkt schnell, dass es nicht mehr geht. (8)		Wenn die psychische Störung schwer ist und jemand den Realitätsbezug verliert oder wenn Kinder vernachlässigt werden oder nicht kindsgerecht unterstützt werden. (12)	Wenn die Patienten stationär hospitalisiert sind. (11)	Dies wird im gemeinsamen Gespräch wahrgenommen, oder der Elternteil teilt sein Unvermögen selber mit. (12)	Durch Meldungen der Schule, Familienangehörigen oder Nachbarn. (8)	Wenn sich im Gespräch zeigt, dass die Person keine Entscheidungen mehr treffen kann und die Alltagsbewältigung nicht mehr möglich ist. (8)
Kategorie 5.2 Spezialisierte Stellen einschalten	AKS wird eingeschaltet. (9)	Eine Meldung beim AKS wird gemacht. (9)	Das ZET, AKS oder Haus- und Kinderarzt. (13)	AKS, Vormundschaftsbehörden, das ZET oder die Kinder- und Jugendpsychiatrie sind oder werden involviert. (12)	Stellen zur Entlastung werden eingeschaltet, oder es wird eine Meldung an das Vormundschaftsamt gemacht. (13)	Zusammen mit dem System wird Unterstützungsangebote organisiert. (9)	Die Situation wird mit einer Fachperson für Kinder besprochen, SPF, ZET oder AKS werden eingeschaltet. (9)
Kategorie 6 Handlungsbedarf im sozialpsychiatrischen System im Oberwallis	Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen AKS und spspitex, zwischen AKS und den Eltern, zwischen	Schaffung eines kostengünstigen Betreuungsangebotes speziell für Kinder von psychisch kranken Eltern, wo	Handlungsbedarf seitens ZET oder AKS, vom PZO funktioniert es gut. (14) Genügend Mög-	Kein Handlungsbedarf seitens des PZO bez. systemischem Arbeiten. (13) Der systemische	Es sollte vermehrt Entlastungsmöglichkeiten geben, wo die Kinder von Fachpersonen betreut werden	Zusammenarbeit der Sozialberatung, spspitex, sozialpädagogischen Familienbegleitung und kinderpsychiatri-	Eine spezialisierte Beratungsstelle, wo sich Eltern und Kinder unverbindlich informieren könnten mit Fachper-

	<p>AKS und der sozialpädagogischen Familienhilfe. Diese sollte vom AKS vermehrt gesprochen werden. (10)</p> <p>Mutter-Kind-Haus mit sozialpädagogischer Begleitung. (11)</p>	<p>die Kinder von Fachpersonen betreut werden und trotzdem bei ihren Eltern zu Hause wohnen bleiben könnten. (10)</p>	<p>lichkeiten bez. äusseren Strukturen vorhanden. (15)</p>	<p>Gedanken sollte immer wieder aktualisiert und wiederholt werden. Auf die Kinder immer wieder aufmerksam machen. (14)</p> <p>Einführung einer Mutter-Kind-Station. (15)</p>	<p>und dort über ihr Erleben sprechen könnten. Zudem sollten die Eltern im Haushalt mehr Entlastung erhalten. (14)</p>	<p>schen Abteilung des PZO's durch eine Fachtagung fördern. (9)</p> <p>Angebot von Notfallplatzierungen schaffen. (10)</p>	<p>sonen aus dem medizinischen und sozialen Bereich. Zusätzlich könnte diese automatisch bei jeder Platzierung eingeschaltet werden um den Verbleib und das Wohlergehen der Kinder sicherzustellen. (10)</p>
--	--	---	--	---	--	--	--

5. Datenauslegung

In der Datenauslegung analysiere ich die durch die Interviews erhaltenen Daten. Zunächst erfolgt eine Diskussion der Hypothesen, dann vergleiche ich die erhaltenen Daten mit der zuvor dargelegten Theorie. Zum Schluss werden die Hypothesen verifiziert oder falsifiziert.

5.1. Diskussion der ersten Hypothese

Das Familiensystem wird bei der Fallaufnahme von der Fachperson erfasst.

Aus der Datenerhebung wird ersichtlich, dass alle interviewten Fachpersonen das Familiensystem zu Beginn einer Beratung oder Therapie erfassen.

Das Vorhandensein von Partner und Kinder wird gemäss den Fachpersonen der spspitex (A und B) beim Erstgespräch von der Fachperson selber oder aber schon bei der Anmeldung vom zuweisenden Arzt erfasst.

Die Fachpersonen des PZO (C, D und E) erfassen das Familiensystem jeweils beim Erstgespräch.

Bei der Vereinigung emera (F und G) wird das Familiensystem im Intake erfasst, zudem gehen die Fachpersonen beim Erstgespräch auf die Familiensituation ein.

Um gezielte Interventionen einleiten zu können, muss gemäss Gundelfinger (1995) zunächst jemand die schwierige Situation erkennen, in der sich die Familien befinden. Da die Fachpersonen des Versorgungssystems für Erwachsene als erste mit der Familie in Kontakt kommen, müssen sie ihre Klienten gezielt nach deren Kindern befragen. Auch Therese Zenhäusern spricht im Interview (vgl. Anhang B, Zeile 105-109) die Wichtigkeit der Erfassung des Familiensystems an. Wenn sich eine Person bei Fachpersonen des Erwachsenenbereichs meldet, oder gemeldet wird, sollte von den Fachpersonen in einer ersten Phase abgeklärt werden, in welcher familiären Situation sich diese Personen befinden. Somit stimmen die Ergebnisse der Datenerhebung mit der **Theorie** überein.

Die Erfassung des Familiensystems bei der Anmeldung oder beim Erstgespräch lassen meiner Meinung nach jedoch noch keine Schlüsse über den zukünftigen Verlauf der Beratung oder Therapie und die Interventionen für Kinder von psychisch kranken Eltern zu. Die Kenntnisse über die Familiensituation sind der Grundstein für spätere Interventionen, jedoch kann es aber auch sein, dass das Familiensystem am Anfang einer Beratung oder Therapie erfasst wird, aber im Verlauf der Beratung oder Therapie nicht mehr darauf eingegangen wird.

Es ist auch davon auszugehen, dass die Klienten/Patienten beim Erstgespräch die Probleme ihrer Kinder oder die Probleme, die sie mit ihren Kindern haben (noch) nicht ansprechen, da bei einem ersten Kontakt noch kein genügendes Vertrauensverhältnis aufgebaut ist. Fachperson E trifft hierzu folgende Aussage: „...ständig auch in den Gesprächen über die anderen Angehörigen der Familie reden und dann erzählen die Leute in der Regel auch und man redet dann darüber. Und wenn man

ein gewisses Vertrauensverhältnis hat, ganz sicher nicht in der ersten oder zweiten Stunde, aber hinterher, dann fragen die viel und erzählen auch viel, weil die das irgendwo brauchen“ (vgl. Anhang D, Kategorienraster E).

Mit den vorliegenden Daten kann die erste Hypothese „Das Familiensystem wird bei der Fallaufnahme von der Fachperson erfasst“ verifiziert werden. Alle Fachpersonen geben an, dass sie das Familiensystem bei der Anmeldung oder beim Erstgespräch erfassen. In einer weiterführenden Studie müsste jedoch untersucht werden, ob die Familiensituation und das Wohlergehen der einzelnen Familienmitglieder weiterhin ein Bestandteil der Beratung oder Therapie bildet.

5.2. Diskussion der zweiten Hypothese

Die Betreuung der Kinder während einem allfälligen Klinikaufenthalt der Eltern wird von den Fachpersonen abgeklärt und sichergestellt.

Vier (C, D, F und G) der sieben interviewten Fachpersonen klären die Betreuung der Kinder während einem stationären Aufenthalt ihrer Eltern nicht ab. Die Gründe hierzu sind sehr verschieden.

F und G, beide Fachpersonen der emera, klären die Betreuung der Kinder während einem stationären Aufenthalt ihrer Eltern nicht ab, weil sie erst, wenn überhaupt, nach dem Eintritt von einem stationären Aufenthalt erfahren. Hierzu ein Ausschnitt aus dem Interview mit Fachperson G: „... wenn überhaupt, erfahre ich es erst, wenn die Klientin oder der Klient bereits im PZO ist und dann ist bereits einiges gelaufen, ohne dass ich irgendwie etwas dazu tun konnte“ (vgl. Anhang D, Kategorienraster G).

Interviewpartner C, Fachperson des PZO aus dem ambulanten Bereich, verweist bei dieser Frage auf seine Mitarbeiter des stationären Bereichs: „Das kann ich Ihnen, weil ich im Ambulatorium bin ... nicht sagen, wie sie das im stationären Bereich jetzt im Detail machen“ (vgl. Anhang D, Kategorienraster C). Die Fachperson aus dem stationären Bereich (D) kommentiert die Frage nach der Betreuung der Kinder jedoch wie folgt: „Das ist nicht unser Problem, nein. Darum müssen sich die Familien kümmern oder dann die Sozialarbeiter“ (vgl. Anhang D, Kategorienraster D).

Diese Aussagen widersprechen sich und es findet keine interinstitutionelle Zusammenarbeit statt. So findet Fachperson C, dass die Abklärungen bezüglich der Betreuung der Kindern von der Fachperson D gemacht werden sollte. Fachperson D gibt an, dass die Betreuung der Kinder von den Fachpersonen F und G abgeklärt werden sollte. Diese Aussage widerspricht jedoch den vorher dargelegten Aussagen der Sozialarbeiter der emera (F und G), denn diese erfahren erst, wenn überhaupt, nach einem Eintritt eines Klienten in den stationären Bereich, dass sich ihr Klient in stationärer Behandlung befindet. *Meiner Meinung nach fehlt es hier an einer konstruktiven Zusammenarbeit der beiden Institutionen PZO und emera. Weil der Zuständigkeitsbereich nicht wirklich geklärt ist und die Verantwortung für die Abklärung einer Betreuung für die Kinder jeweils an andere Stellen weitergeschoben wird, fallen die Kinder durch diese Maschen im System und im Endeffekt wird gar keine Betreuung für sie organisiert.*

Fachperson E gibt an, dass sie die Betreuung innerhalb der Familie abklärt, wenn jedoch keine Familienangehörigen da sind, wird die Abklärung an den internen Sozialarbeiter des PZO weiter gegeben. In einem weiteren Schritt wäre nun abzuklären, welche Abklärungen der interne Sozialarbeiter bezüglich der Betreuung von Kindern psychisch kranker Eltern macht und auf welche Stellen er zurückgreift.

Einzig die Fachpersonen A und B der spspitex klären die Betreuung der Kinder vorgängig ab und ergreifen auch Interventionen, wenn die Betreuung nicht von der Familie gewährleistet werden kann. Die Betreuung wird vorgängig mit den Eltern besprochen und wenn möglich in der Familie organisiert. Wenn dies nicht möglich ist, werden von den Fachpersonen externe Stellen wie das Sozialmedizinische Zentrum, das Amt für Kinderschutz oder die sozialpädagogische Familienhilfe miteinbezogen, die die Betreuung sicherstellen. Hierzu eine Aussage der Fachperson A: „Ja eigentlich mehr so als wie eine Art Case-management. Wir schauen dann was ist und versuchen zu organisieren was nicht ist in der Betreuung von den Kindern“ (vgl. Anhang D, Kategorienraster A).

Aus der **Theorie** ist ersichtlich, wie wichtig es für die Kinder psychisch kranker Eltern ist, dass die Fachpersonen des Erwachsenenbereichs ihre Betreuung sicherstellen. Gemäss Gundelfinger (1995) müssen die Fachpersonen bei einem Klinikaufenthalt abklären, wie die Kinder versorgt werden und ob eine Unterstützung notwendig ist, denn sie sind die ersten, die mit Kindern psychisch kranker Eltern in Kontakt kommen. Gemäss Therese Zenhäusern (vgl. Anhang B, Zeile 105-120) sollten Fachpersonen des Erwachsenenbereichs anhand einer Checkliste abklären, wie die Kinder betreut werden, ob eine Betreuung organisiert ist und welche zusätzlichen Hilfestellungen die Familie benötigt. Zudem sollte abgeklärt werden, ob ein Umfeld vorhanden ist, das die Kinder auffangen kann, wenn es dem Elternteil nicht gut geht oder dieser beispielsweise in die Klinik eintreten muss. Vier von sieben Interviewpartnern widersprechen den theoretischen Grundlagen bezüglich der Abklärung der Betreuung durch die Fachpersonen des Erwachsenenbereichs. Damit vermieden werden kann, dass die Kinder durch die Maschen des Systems fallen, kann ein Krisenplan aufgestellt werden. In diesem werden detaillierte und verbindliche Abmachungen für Krisenzeiten, wie z.B. bei einer Klinikeinweisung, vorgenommen. Zusammen mit dem Kind wird festgelegt, wann, in welcher Form und in welchem Umfang eine Unterstützung nötig ist (Lenz, 2008).

Aufgrund der vorliegenden Daten muss die zweite Hypothese „Die Betreuung der Kinder während einem allfälligen Klinikaufenthalt der Eltern wird von den Fachpersonen abgeklärt und sichergestellt“ falsifiziert werden. Vier von sieben Fachpersonen geben an, dass sie die Betreuung der Kinder ihrer Klienten/Patienten nicht abklären. Dies ist darauf zurück zu führen, dass die Verantwortung zur Sicherstellung der Betreuung der Kinder nicht ausreichend wahrgenommen wird und die Zuständigkeitsbereiche der Institutionen untereinander zu wenig geklärt sind.

5.3. Diskussion der dritten Hypothese

Kinder psychisch kranker Eltern erhalten ihren Bedürfnissen entsprechende Informationen von den zuständigen Fachpersonen ihrer Eltern.

Wie ich bei der Operationalisierung meiner Hypothesen dargelegt habe, habe ich den Begriff *Information* in die fünf verschiedenen Unterkategorien *Kontext*, *Krankheit*, *Medikamente*, *Umgang mit dem erkrankten Elternteil* und *Vererbbarkeit* eingeteilt. Wie sich bei der Auswertung des Datenmaterials herausstellte, musste ich aufgrund der Aussagen zweier Fachpersonen zusätzlich die Unterkategorie der *Frage nach der eigenen Schuld* in meine Auswertung einbeziehen und erhielt somit sechs Unterkategorien.

Information

Drei der sieben befragten Fachpersonen informieren die Kinder ihrer Klienten über die Krankheit ihrer Eltern. Bei diesen drei Fachpersonen handelt es sich um Mitarbeiter des PZO. Die vier anderen Fachpersonen geben an, dass sie noch nie in solch eine Situation gekommen wären, dass sie die Kinder ihrer Klienten informieren müssten. Fachperson B der spspitex und auch Fachperson G der emera sagten aus, dass ihrer Meinung nach die Information über den Psycholog/Psychiater des erkrankten Elternteils erfolgen sollte. Ein weiterer Punkt führt Fachperson F der emera an. Dass sie noch nie Informationen an Kinder ihrer Klienten weitergegeben hatte, führt sie auf das fehlende Vertrauensverhältnis zu den Kindern zurück: „F: Ihnen zu erklären warum ihre Mutter eigentlich so krank ist, in diese Situation bin ich dann eigentlich auch nie gekommen, weil ich denke, es braucht eine längere Beziehung, es braucht ein nahes Vertrauensverhältnis um dieses Thema wirklich anzusprechen“ (vgl. Anhang D, Kategorienraster F).

Diese Aussagen decken sich mit der zuvor aufgeführten **Theorie**. Gemäss Wunderer (2008) kann jeder, der eine positive Beziehung zum Kind hat, mit diesem über die Erkrankung seines Elternteils sprechen. Eine grosse Hilfe ist es, wenn Fachpersonen der Erwachsenenpsychiatrie diese Aufgabe übernehmen. Wie Albert Lenz (2005) in seiner Studie festhält, wünschen sich fast die Hälfte der befragten psychisch kranken Eltern für ihre Kinder Informations- und Aufklärungsgespräche durch die Ärzte.

Deshalb erscheint es mir wichtig, dass die anderen Fachpersonen des Erwachsenenbereichs die Kinder an Stellen verweisen, wo sie Informationen erhalten können. Darauf gehe ich nachfolgend noch näher ein.

Die Fachpersonen C, D und E gaben an, dass sie die Kinder ihrer Patienten informieren. Jedoch kommt hier dem Alter der Kinder eine grosse Bedeutung zu. So sagt Fachperson D, dass sie nicht jede Altersstufe informiert. Kleine Kinder können zwar zu einer Sitzung mitkommen und „*können hier mit im Raum sein, die können irgendwo in der Ecke spielen*“ (vgl. Anhang D, Kategorienraster D), werden jedoch nicht informiert. Informationen werden nur an Kinder ab Schulalter abgegeben. Bei Fachperson E hängt die Informationsvermittlung ebenfalls vom Alter der Kinder ab. Auch sie gibt Informationen nur an Kinder ab, die etwas älter sind. Zudem hängt es gemäss Fachperson E auch von der Art der Krankheit ab. Nur wenn eine psychische Krankheit relevante Auswirkungen wie Entscheidungsschwierigkeiten, Suizidalität, Arbeitsausfälle und Gleichgültigkeit hat oder bei Krankheiten, die in das Psychotische gehen, wird es für sie notwendig, dass die Kinder informiert werden. Fachperson D

führt noch eine zusätzliche Einschränkung bei der Informationsvermittlung an. Die Informationsvermittlung wird nicht bei jedem Kind gemacht, es muss eine therapeutische Überlegung dahinterstehen. Diese Aussagen widersprechen der **Theorie**. Gemäss Baumann (2000) kann eine psychische Erkrankung eines Elternteils bereits Auswirkungen auf Babys und Kleinkinder haben. Baumann (2000) hält fest, dass bereits Kinder im Vorschulalter Schuldgefühle gegenüber ihren psychisch kranken Eltern entwickeln können. *Deshalb empfinde ich es als wichtig, dass auch Kinder im Vorschulalter, also Kinder ab fünf Jahren, von den Fachpersonen über die Erkrankung ihrer Eltern informiert werden.*

Die Einschränkung von Fachperson D, wo Informationen nur gegeben werden, wenn ein therapeutischer Hintergrund vorliegt, widerspricht der Theorie von Lenz (2008). Er hält fest, dass Kinder, die keine Informationen zur Erkrankung erhalten, sich eigene Erklärungsmuster schaffen, die in der Regel viel schlimmer ausfallen als die Realität. Durch die Informationen zum Krankheitsbild werden den Kindern Hoffnung, Mut und positive Zukunftserwartungen vermittelt. *Meiner Meinung nach erhält die Informationsvermittlung dadurch einen präventiven Charakter, der jedoch nicht greifen kann, wenn die Informationen nicht an jedes betroffene Kind gegeben werden. Einzig Fachperson C sagt aus, dass es für sie immer eine Verpflichtung ist, wenn Kinder da sind, diese einzuladen und zu informieren.*

Kontext

Auf die Frage nach dem Ort und dem Zeitpunkt der Informationsvermittlung geben alle drei Fachpersonen des PZO an, dass sie die Kinder zu einer gemeinsamen Sitzung mit ihren Eltern einladen und bei dieser Gelegenheit informieren. Je nach Bedarf können sich die Sitzungen wiederholen und in regelmässigen Abständen stattfinden.

Krankheit

Alle drei Fachpersonen des PZO geben an, dass sie versuchen, den Kindern die Krankheit ihres Elternteils zu erklären. Das heisst, sie erklären ihnen, was ihre Mutter oder ihr Vater hat und warum sie oder er sich nun anders verhält. Von allen drei Fachpersonen wird die Wichtigkeit der altersentsprechenden Aufklärung angesprochen und auch praktiziert. Wobei Fachperson C ausführt, dass sie an den Vorstellungen und dem Wissen der Kinder anknüpft. Das heisst, sie lässt zunächst die Kinder zu Wort kommen und sie berichten, was sie denken, was mit ihrem Elternteil los ist. Dann knüpft sie mit ihren Erklärungen an den Aussagen der Kinder an. Fachperson D sagt, dass sie nicht die Diagnose selber erwähnt, sondern eher allgemein über eine psychische Erkrankung informiert. Diese Aussagen decken sich teilweise mit der **Theorie**. Sowohl Wunderer (2008) wie auch Lenz (2008) zeigen auf, wie wichtig es ist, dass die Informationen in einer altersgerechten Sprache an die Kinder gebracht werden, also dass die Kinder altersgerecht aufgeklärt werden. Jedoch hält Wunderer noch fest, dass die Krankheit bei ihrem Namen genannt werden sollte, damit sie ihren Schrecken verliert. Auch Therese Zenhäusern (vgl. Anhang B, Zeile 126-127) erachtet es als wichtig, dass die Kinder einen Namen für die Krankheit und das Verhalten ihres Elternteils erhalten und wissen sollten, dass es kein Tabu ist, darüber zu sprechen. Dies widerspricht der Aussage von Fachperson D des PZO.

Medikamente

Fachpersonen C und D geben an, dass sie die Kinder über die Medikamente und deren Nebenwirkungen informieren. Jedoch schränkt Fachperson D die Informati-

onsvermittlung über Medikamente und Nebenwirkungen auf Jugendliche ein, Kleinkinder und Schulkinder werden nicht informiert. Dies, weil Jugendliche zum Teil schon grosse Verantwortung in der Familie tragen, was unter Umständen auch dazu führen kann, dass sie die Medikamenteneinnahme ihrer Eltern kontrollieren müssen. Fachperson C hingegen informiert Kinder jeden Alters über die Medikamenteneinnahme ihrer Eltern. Dies, damit die Kinder wissen, welche Nebenwirkungen die Medikamente haben können. Diese können auch ein verändertes Verhalten hervorrufen, weshalb eine Information an die Kinder für Fachperson C dazugehört. Diese Aussagen decken sich mit der **Theorie**. Neben den Informationen über die Erkrankung und die psychiatrischen Behandlungsformen hat auch das Wissen über die Wirkung von Medikamenten eine grosse Bedeutung. Dieses Wissen eröffnet den Kindern neue Handlungsspielräume und dadurch die Kontrolle über ihr Handeln und ihre Gefühle. Somit wird die Selbstbefähigung des Kindes gefördert, es merkt, dass es durch sein Handeln Einfluss auf die Situation haben kann und wird in seinem Tun bestärkt. Erst wenn ein Kind über genügend Wissen verfügt, ist es in der Lage, eigene Lebensperspektiven zu entwickeln und wird ermutigt, eigene Kompetenzen wahrzunehmen und diese einzusetzen (Lenz, 2008).

Umgang mit dem erkrankten Elternteil

Bezüglich des Umgangs mit dem erkrankten Elternteil verweist Fachperson D vor allem auf die Verantwortung, die die Kinder zum Teil schon übernehmen müssen. Hier versucht die Fachperson, wenn möglich andere Erwachsene in die Verantwortung zu ziehen und ihnen diese Aufgaben zu übertragen, damit die Kinder entlastet werden und wieder Kinder sein können. Fachperson E sagt, dass sie den Kindern erklärt, wie sie mit dem erkrankten Elternteil umgehen können und wie sie sich in der Situation schützen können. Je nach Situation und Verfassung der Kinder gibt Fachperson C den Kindern auch Anregungen zum Umgang mit ihrem erkrankten Elternteil. Diese Aussagen decken sich mit der **Theorie**. Kinder und Jugendliche möchten konkrete Hilfe, wie sie sich in bestimmten Situationen verhalten, wie sie mit dem erkrankten Elternteil umgehen und sich ihm gegenüber verhalten sollen (Lenz 2005). Meiner Ansicht nach müssen die Informationen zum Umgang auch situationsspezifisch erfolgen. Denn es kann nicht allgemein gesagt werden, wie man sich in bestimmten Situationen zu verhalten hat. Die erlebten Situationen sollten mit den Kindern durchgesprochen werden und so zusammen Handlungsmöglichkeiten für eine nächste ähnliche Situation erarbeitet werden. Ich verweise hierzu wieder auf den Krisenplan von Albert Lenz (2008). In einem Krisenplan werden detaillierte und verbindliche Abmachungen für Krisenzeiten vorgenommen. Für Kinder von psychisch kranken Eltern bietet dieser Schutz und Sicherheit in eskalierenden Krisensituationen wie in einer Phase der akuten Erkrankung oder aber bei einer Klinikeinweisung.

Vererbbarkeit

Fachperson E gibt an, dass sie Jugendliche ab 16 Jahren über die Vererbbarkeit der Störung informiert. Das heisst, sie informiert über die Möglichkeiten einer Vererbung, woran die Jugendlichen merken können, dass sie selber krank sind und worauf sie dabei achten müssen. Fachpersonen C und D sagen nicht, dass sie dazu keine Informationen abgeben, sie haben jedoch die Vererbbarkeit im Gespräch nicht angesprochen. Ich gehe aber davon aus, dass die Jugendlichen bei entsprechenden Fragen auch informiert werden. Die **Theorie** zeigt auf, wie wichtig es für die Jugendlichen ist, Informationen über die Vererbbarkeit zu erhalten. Dies kann ihre Angst, an derselben Krankheit zu erkranken, lindern.

Frage nach der eigenen Schuld

Die Fachpersonen C und D haben in ihre Ausführungen die Frage der Schuld der Kinder an der Erkrankung der Eltern angesprochen, weshalb ich diesen Faktor als Unterkategorie neu in mein Kategoriensystem aufgenommen habe. Beide Fachpersonen teilen den Kindern mit, dass sie keine Schuld an der Erkrankung ihres Elternteils trifft und dass sie nicht schuld daran sind, dass sich ihr Elternteil nun anders verhält. Sie teilen den Kindern mit, dass sie sich weiterhin mit ihren Kollegen treffen sollen, dass sie weiterhin ihren Hobbies nachgehen sollen und kein schlechtes Gewissen haben müssen, wenn sie das Haus verlassen und den erkrankten Elternteil alleine zurück lassen. Diese Aussagen stimmen mit der **Theorie** überein. Vor allem kleinere Kinder und Schulkinder fühlen sich oft schuldig. Sie denken, dass sie an der Erkrankung ihres Elternteils schuld sind, da sie sich nicht nach den Wünschen der Eltern verhalten haben oder sie haben ein schlechtes Gewissen, wenn sie ihren Elternteil alleine zu Hause lassen und sich draussen vergnügen (Lenz, 2005). *Deshalb empfinde ich es als sehr wichtig, den Kindern mitzuteilen, dass sie keine Schuld trifft und vor allem auch, dass sie weiterhin ihre Kontakte pflegen sollen.*

Wie oben aufgeführt, haben die Fachpersonen A, B, F und G angegeben, dass sie die Kinder ihrer Klienten/Patienten nicht über die Erkrankung informieren. Ich habe bei allen Fachpersonen nachgefragt, ob sie Anlaufstellen im Oberwallis kennen, an die sich die Kinder wenden können, um Informationen zu erhalten. Folgende Institutionen oder Personen wurden genannt:

- Zentrum für Entwicklung und Therapie (A, B, C, E, F),
- Kinder- und Jugendpsychiatrie (C, F),
- Arzt (B),
- Kinderarzt (C),
- Lehrperson (G),
- Kennt keine Anlaufstellen (D).

Auf die Frage, an welche Anlaufstellen sich die Kinder wenden können um ohne Anwesenheit der Eltern an Informationen zu gelangen, wurden folgende Stellen genannt:

- Dargebotene Hand (B, D),
- Zentrum für Entwicklung und Therapie (C, D),
- Kinder- und Jugendpsychiatrie (B, D),
- Kennt keine Anlaufstellen (A, G),
- PZO (C),
- Lehrpersonen (C),
- Verwandte (C),
- Internet (E),
- Broschüren (E),
- Es existieren keine spezifischen Anlaufstellen (F).

Wie Therese Zenhäusern festhielt, existieren im Oberwallis keine Stellen, die sich spezifisch auf die Bedürfnisse der Kinder von psychisch kranken Eltern spezialisiert haben (vgl. Anhang B, Zeile 3). Dennoch geben die befragten Fachpersonen eine breite Palette von Möglichkeiten an, an die sich die Kinder wenden könnten, um Informationen zur Erkrankung ihres Elternteils zu erhalten. *Dies lässt mich darauf*

schliessen, dass die Bedürfnisse der Kinder psychisch kranker Eltern nicht von einer spezifischen Stelle, jedoch von anderen Stellen im Kinder- und Jugendbereich abgedeckt werden. Inwieweit dies in der Realität zutrifft, müsste in einer weiterführenden Studie abgeklärt werden.

*Für mich ist es jedoch fraglich, inwieweit sich die Kinder bei Fachstellen wie ZET, Kinder- und Jugendpsychiatrie oder PZO melden oder durch Fachpersonen gemeldet werden, wenn sie selber keine Auffälligkeiten zeigen. Ich denke, dass es für sie einfacher ist, sich bei Stellen oder Personen zu melden, die sie bereits kennen wie zum Beispiel Verwandte oder Lehrpersonen. Wie aber aus der **Theorie** ersichtlich wird, herrscht in vielen Familien ein Verbot, mit Aussenstehenden über die Erkrankung und deren Auswirkungen zu sprechen. Die Erkrankung wird somit zu einem Geheimnis der Familie und wird oft auch innerhalb der Familie tabuisiert. Diese Unwissenheit löst bei den Kindern Ängste und Verzweiflung aus. Sie finden nicht die nötige Kraft, die Schamgefühle und das familiäre Schweigegebot zu überwinden und den Schritt nach aussen zu wagen (Lenz, 2005). Deshalb könnten zur Informationsbeschaffung Stellen wie die Dargebotene Hand (Tel. 143) oder die Telefonhilfe für Kinder und Jugendliche der Pro Juventute (Tel. 147), das Internet oder aber Broschüren im Vordergrund stehen, bei denen die Anonymität gewährleistet ist. Fachperson E kann jedoch dem Internet nicht nur positive Aspekte abgewinnen. Sie sieht darin auch eine gewisse Gefahr für die Kinder und Jugendlichen: „Aber die Grössen natürlich kann man im Internet irgendwo, aber da ist auch wieder die Gefahr, wenn ich denen das sage, sage ich auch, es gibt auch viel, was man nicht versteht und das ist auch ziemlich allgemein und muss nicht für jeden genau so zutreffen, wie es da steht. Das hat natürlich auch so seine Tücken, das Internet. Dann finden sie viel zu viel und machen je nach dem etwas ganz falsches daraus. Darum ist es zum Teil auch noch gefährlich im Internet“ (vgl. Anhang D, Kategorienraster E).*

Abschliessend kann ich sagen, dass der zuständige Psychologe/Psychiater des erkrankten Elternteils wohl die geeignetste Anlaufstelle ist, um die Kinder zu informieren, da das Vertrauensverhältnis zwischen den Kindern und ihm am intensivsten ist und er am ausführlichsten über die Hintergründe der Krankheit Bescheid geben kann.

Mit den vorliegenden Daten kann die dritte Hypothese „Kinder psychisch kranker Eltern erhalten ihren Bedürfnissen entsprechende Informationen der zuständigen Fachpersonen ihrer Eltern“ nur teils verifiziert werden. Die Hypothese müsste abgeändert werden in „Die Kinder psychisch kranker Eltern erhalten ihren Bedürfnissen und ihrem Alter entsprechende Informationen der zuständigen Psychologen/Psychiatern ihrer Eltern.“

5.4. Diskussion der vierten Hypothese

Wenn Kinder Auffälligkeiten zeigen, werden von den Fachpersonen Fachstellen für Kinder miteinbezogen.

Damit die Fachpersonen des Erwachsenenbereichs bei Verhaltensauffälligkeiten der Kinder ihrer Klienten/Patienten spezialisierte Stellen für Kinder einbeziehen können, müssen sie diese Verhaltensauffälligkeiten zunächst einmal wahrnehmen. Dazu er-

hielt ich von meinen Interviewpartnern unterschiedliche Ansätze, wie sie Verhaltensauffälligkeiten der Kinder wahrnehmen. Dies geschieht durch:

- Äusserungen der Eltern (B, C, E, F, G),
- Beobachtung der Kinder, wenn diese in die Sitzung mitkommen oder auch bei den Besuchen zu Hause (A, B, C, E),
- Meldungen der Familienangehörigen oder Nachbarn (D, G),
- Anamnese (A),
- Meldung von anderen bereits involvierten Stellen (D).

Ich nehme an, dass die Verhaltensauffälligkeiten der Kinder nicht in jedem Fall von den Fachpersonen erkannt werden. Jedoch lässt die grosse Palette von Möglichkeiten, die die Fachpersonen mir gegenüber genannt haben, darauf schliessen, dass einige Fälle von auffälligem Verhalten der Kinder an sie gelangen. Um meine Hypothese überprüfen zu können, ist es jedoch nicht so wichtig, ob alle Fälle von auffälligem Verhalten der Kinder an die Fachpersonen des Erwachsenenbereichs gelangen, sondern, wie sie mit diesen Meldungen, die sie erhalten, umgehen und welche Interventionen sie anschliessend ergreifen.

Ausgehend davon, dass die Fachpersonen Verhaltensauffälligkeiten der Kinder selber wahrnehmen oder von anderen Personen oder Stellen gemeldet erhalten, machen sie ihrerseits eine Meldung an folgende Institutionen oder Personen:

- Kinder- und Jugendpsychiatrie (B, C, D, E, G),
- Zentrum für Entwicklung und Therapie des Kindes (A, E, F),
- Amt für Kinderschutz (A, B),
- Sozialpädagogische Familienhilfe (B, E),
- Lehrperson (G).

Alle befragten Fachpersonen geben Stellen an, die sie kontaktieren würden, die im Bereich der Kinder und Jugendlichen tätig sind. Das heisst, dass alle Fachpersonen Stellen kennen, die sich auf Kinder und Jugendliche spezialisiert haben.

Inwieweit sich die Fachpersonen wirklich mit diesen Institutionen auskennen, ist meiner Meinung nach unklar. Verschiedene Antworten während dem Interview haben bei mir Fragen aufgeworfen. So antwortete beispielsweise Fachperson A: „Ja da wär sicher das ZET, also ja die das ZEP? ZET? Das Zentrum für Entwicklung und Ding-bums“ (vgl. Anhang D, Kategorienraster A). Ebenso Fachperson B sagte hierzu: „Also da gibt es ja noch das ZEP, nein nicht das ZEP, das ZIP oder was ist jetzt das für Erziehung“ (vgl. Anhang D, Kategorienraster B). *Ich denke, dass die Institutionen des Bereichs Kinder und Jugendliche bei den Fachpersonen aus dem Erwachsenenbereich wohl bekannt sind, jedoch wissen manche nicht über den genauen Wirkungs- und Aufgabenbereich der jeweiligen Institutionen Bescheid.* Dies widerspiegelt auch die Aussage von Fachperson A, die auf Kinder und Jugendliche spezialisierte Stellen benachrichtigen würde, wenn Kinder Auffälligkeiten zeigen. Jedoch auf die Frage, welche Interventionen zu ergreifen wären, wenn der erkrankte Elternteil seine Erziehungsfunktion nicht mehr wahrnehmen kann, folgende Antwort gibt: „Dann würden eben die, was ich vorher gesagt habe, die Massnahmen erfolgen“ (vgl. Anhang D, Kategorienraster A). Es sollte den Fachpersonen jedoch bewusst sein, dass es sich bei Verhaltensauffälligkeiten der Kinder und beim Nichtwahrnehmen der

Erziehungsfunktion der Eltern nicht um dasselbe handelt und somit unterschiedliche Massnahmen zu ergreifen sind.

Ausgehend von der **Theorie** lässt sich festhalten, dass sich die Fachpersonen bewusst sein sollten, welche Institutionen für welche Klienten/Patienten vorhanden sind und welche Angebote diese haben (Therese Zenhäusern, vgl. Anhang B, Zeile 150-154). Damit wirksame Hilfeleistungen für Kinder psychisch kranker Eltern gewährleistet werden können, ist eine enge Kooperation zwischen des Erwachsenenbereichs und des Kinder- und Jugendbereichs unabdingbar (Lenz, 2005). Um eine Ebene für eine erfolgreiche Zusammenarbeit zu schaffen und um falsche Erwartungen abzubauen sind, gemäss einer Studie von Van Santen und Seckinger (2003), folgende Kenntnisse über die jeweils andere Institution nötig:

- Aufgaben und Aufträge,
- Angebotsprofil,
- Zuständigkeiten,
- Handlungsmöglichkeiten und Spielräume.

Nicht alle Aussagen der Fachpersonen lassen sich somit mit der Theorie vereinbaren.

Mit dem in dieser Arbeit erhobenen Datenmaterial lässt sich die vierte Hypothese „Wenn Kinder Auffälligkeiten zeigen, werden von Fachpersonen Fachstellen für Kinder miteinbezogen“ verifizieren. Alle Fachpersonen geben Institutionen an, die sie kontaktieren würden, wenn sie merken, dass die Kinder ihrer Klienten/Patienten Auffälligkeiten zeigen.

5.5. Diskussion der fünften Hypothese

Wenn Eltern die Erziehungsfunktion nicht mehr wahrnehmen können, werden von den Fachpersonen Fachstellen für Kinder miteinbezogen.

Um spezialisierte Stellen einschalten zu können, müssen die Fachpersonen zunächst bemerken, dass ihre Klienten/Patienten die Erziehungsfunktion nicht mehr wahrnehmen können. Hierzu gaben die Fachpersonen folgende Situationen an, bei denen sie merken oder aufmerksam gemacht werden, dass die Eltern ihre Erziehungsfunktion nicht mehr wahrnehmen können:

- Durch Beobachtung und im Gespräch mit dem betroffenen Elternteil (A, C, E, G),
- Wenn der betroffene Elternteil hospitalisiert ist (D),
- Meldung von Schule, Familienangehörigen oder Nachbarn (F).

Wenn die Fachpersonen des Erwachsenenbereichs bemerken, dass ihre Klienten/Patienten die Erziehungsfunktion nicht mehr wahrnehmen können, schalten sie folgende Stellen ein:

- Amt für Kinderschutz (A, B, C, D, G),
- Zentrum für Entwicklung und Therapie (C, D, G),
- Vormundschaftsbehörde (D, E),

- Hausarzt (C),
- Kinderarzt (C),
- Kinder- und Jugendpsychiatrie (D),
- Sozialpädagogische Familienbegleitung (G).

Alle befragten Fachpersonen geben an, andere Stellen über die Einschränkung in der Erziehungsfunktion der Eltern zu informieren. Aus der **Theorie** wird ersichtlich, dass die Vormundschaftsbehörde geeignete Massnahmen zum Schutz des Kindes trifft, wenn das Wohl des Kindes gefährdet ist und die Eltern von sich aus keine Abhilfe schaffen können (ZGB, Art. 322 Abs. 1).

Gemäss Therese Zenhäusern (vgl. Anhang B, Zeile 79-82) lässt dies darauf schliessen, dass die Fachpersonen des Erwachsenenbereichs abwägen müssen, ob die Eltern ihre Erziehungsfunktion noch wahrnehmen können. Falls dem nicht so ist, müssen sie eine Meldung an die Vormundschaftsbehörde vornehmen, denn nur diese kann die Situation detailliert abklären und die entsprechenden Massnahmen anordnen. Aus der Datenerhebung wird aber ersichtlich, dass lediglich zwei der sieben Fachpersonen eine Meldung an die Vormundschaftsbehörde machen.

Die anderen Fachpersonen versuchen zunächst, mit dem Klient selber zu besprechen, welche Lösungsmöglichkeiten es gibt und wo man ihn noch unterstützen und entlasten könnte, damit er seine Erziehungsfunktion wieder sorgsam wahrnehmen kann. Dazu folgende Aussagen von Fachperson A: „Also wenn das geht, mit dem Elternteil zusammen schauen, was könnte man mit dem Kind machen“ (vgl. Anhang D, Kategorienraster A). Auch Fachperson F würde zunächst mit dem betroffenen Elternteil nach Lösungen suchen: „Die zu beratenden Personen auch informieren, dass man dieses Wissen hat, dass man diese Meldung hat und mit irgendjemand zu thematisieren, wie sie sich das, je nach dem, vorstellen können, zu ändern“ (vgl. Anhang D, Kategorienraster F). Fachperson E würde zunächst verschiedene Entlastungsmöglichkeiten anbieten: „Wie können wir euch noch entlasten, Haushaltshilfe, was weiss ich, was da vielleicht noch eine Möglichkeit ist, Spitalaufenthalt, sonst was in der Richtung, dass wir hier Gespräche haben können, dass wir dann gucken, gibt es noch mehr Entlastung zu Hause, gibt es noch mehr wo die Kinder hingehen könnten, in Kinderkrippen oder KITA oder Betreuung“ (vgl. Anhang D, Kategorienraster E).

Für mich ist dieses Vorgehen verständlich, denn die erkrankten Eltern haben oft Schwierigkeiten, zuzugeben, dass sie Probleme mit der Erziehung ihrer Kinder haben. Dies auch daher, weil sie Angst haben, dass ihnen die Kinder entzogen werden. Dass die Fachpersonen des Erwachsenenbereichs somit mit einer Meldung an die Vormundschaftsbehörde vorsichtig sind, ist nachvollziehbar. Jedoch handelt es sich meiner Meinung nach um eine Gratwanderung. Die Fachpersonen müssen sich dessen bewusst sein und abwägen können, wann sie Interventionen zum Wohle des Kindes ergreifen müssen. Fachperson E hält dies folgendermassen fest: „...und dann gibt es ja das Gesetz, dass Kinderschutz über allem steht. Das entbindet mich quasi sogar von meiner Schweigepflicht. Wenn ich sehe, dass ein Kind missbraucht wird oder in einem verwahrlosten Zustand ist, welcher das Wohl des Kindes gefährdet, dann darf ich auch Meldung machen ans Vormundschaftsamt und dies gilt dann als Gefährdungsmeldung ... Im krassesten Fall, wenn keine Einsicht ist und ich denke, dass das Wohl des Kindes gefährdet ist, gibt es eben auch eine Gefährdungsmeldung an die Vormundschaftsbehörde“ (vgl. Anhang D, Kategorienraster E).

Mit den vorliegenden Daten kann meine fünfte Hypothese „Wenn Eltern die Erziehungsfunktion nicht mehr wahrnehmen können, werden von Fachpersonen Fachstellen für Kinder miteinbezogen“ verifiziert werden. Obwohl nur zwei Fachpersonen angegeben haben, dass sie eine Meldung an die Vormundschaftsbehörde machen, wenn sie wahrnehmen, dass ihre Klienten/Patienten die Erziehungsfunktion nicht mehr wahrnehmen können, kann ich meine Hypothese verifizieren. Denn ich gehe davon aus, dass auch eine Meldung an andere Institutionen, die sich auf Kinder und Jugendliche spezialisiert haben, genügt. Ich habe meine Hypothese bewusst offen gelassen und nicht auf die Meldung an die Vormundschaftsbehörde eingeschränkt. Ich gehe davon aus, dass die Institutionen des Kinder- und Jugendbereichs genügend auf das Wohl der Kinder und Jugendlichen sensibilisiert sind, dass sie, wenn nötig, eine Meldung an das Vormundschaftsamt einleiten würden.

6. Schlussfolgerung

In diesem Kapitel zeige ich zunächst die Grenzen meiner Forschungsarbeit auf. Danach komme ich auf meine Forschungsfrage zurück und beantworte diese anhand der gewonnenen Ergebnisse der Datenerhebung. Ich zeige weiterführende Fragestellungen auf und führe Handlungsvorschläge für die Praxis an. Abschliessend nehme ich Bezug auf meine zu Beginn dieser Arbeit aufgeführten Ziele und reflektiere die Forschungsarbeit anhand der technischen und persönlichen Bilanz.

6.1. Grenzen der Untersuchung

Die gewonnenen Daten können die Forschungsfrage nicht abschliessend beantworten. Um die Datenerhebung durchführen zu können, musste ich den Begriff „**Interventionen**“ definieren. Dies geschah anhand der Theorie, wo ich wichtige Ansatzpunkte herausarbeiten konnte und den Begriff „Interventionen“ in verschiedene Bereiche eingeteilt habe. Bei der Datenerhebung habe ich lediglich diese herausgearbeiteten Bereiche bei den Fachpersonen angesprochen. Es ist also dementsprechend auch möglich, dass die Fachpersonen noch andere Interventionen für Kinder psychisch kranker Eltern ergreifen, die während dem Interview von mir nicht angesprochen wurden.

Ich habe mich für die Gewinnung der Daten nur auf psychosoziale Institutionen im Oberwallis eingeschränkt und Hausärzte, Gynäkologen und freischaffende Psychologen und Psychiater von der Befragung ausgeschlossen. Von den drei ausgewählten Institutionen habe ich lediglich sieben **Fachpersonen** befragt. Die Aussagen der Fachpersonen können nicht stellvertretend für deren Institution oder allgemein für Fachpersonen im Oberwallis angesehen werden. Es handelt sich hierbei lediglich um die persönlichen Aussagen der befragten Fachpersonen, die nicht die Meinung der Fachpersonen des psychosozialen Versorgungssystems im Oberwallis repräsentiert. Zudem hatte ich beim PZO und bei der spspitex keinen Einfluss darauf, welche Fachpersonen ich interviewen konnte. Die drei Fachpersonen des PZO wurden von der Leitung ausgewählt, auch bei der spspitex hat die Institution selber die Fachpersonen bestimmt. Inwieweit dies einen Einfluss auf die Ergebnisse hat, ist unklar. Ebenfalls ist in Betracht zu ziehen, dass bei anderen Fachpersonen der gewählten Institutionen eventuell auch andere Ergebnisse entstanden wären. Deshalb ist die vorliegende Studie auch nicht als repräsentativ zu betrachten. Um die zu Beginn gestellte Forschungsfrage beantworten zu können, hätten alle Fachpersonen des psychosozialen Versorgungssystems des Erwachsenenbereichs befragt werden müssen. Dadurch hätte man einen Querschnitt erhalten, welche Interventionen für Kinder psychisch kranker Eltern ergriffen werden. Anhand der gewählten Datenerhebungsmethode war dies jedoch nicht möglich. Diese Arbeit ist somit nicht repräsentativ und deshalb nicht als allgemein gültig zu betrachten.

6.2. Stellungnahme zur Forschungsfrage

Die Fragestellung meiner Forschungsarbeit lautet wie folgt:

Werden von den Fachpersonen des psychosozialen Versorgungssystems des Erwachsenenbereichs im Oberwallis Interventionen für Kinder von Eltern mit einer psychischen Störung ergriffen?

Um die Forschungsfrage beantworten zu können, werde ich nachfolgend die wichtigsten Ergebnisse der verschiedenen Bereiche, die den Hypothesen entsprechen, zusammenfassen:

Erfassung

Bei den Interventionen des Bereichs Erfassung geht es darum, ob die Fachpersonen zu Beginn der Beratung oder Therapie das Familiensystem ihrer Klienten/Patienten erfassen. Da sie als erste mit den betroffenen Familien in Kontakt kommen, müssen sie ihre Klienten/Patienten gezielt nach deren Kindern befragen. Nur wenn das Wissen über das Vorhandensein von Kindern da ist, können auch gezielte Interventionen eingeleitet werden. Wie sich durch die Datenauswertung herausstellte, wird das Familiensystem von allen befragten Fachpersonen zu Beginn einer Beratung oder Therapie bei der Anmeldung oder in einem Erstgespräch erfasst, somit werden von den Fachpersonen des Erwachsenenbereichs Interventionen im Bereich Erfassung ergriffen.

Betreuung

In diesem Bereich wurde abgeklärt, welche Interventionen die befragten Fachpersonen bezüglich der Betreuung der Kinder machen. Ob sie abklären und sicherstellen, wie die Kinder betreut werden, wenn ein Elternteil stationär im PZO hospitalisiert werden muss. Vier der sieben interviewten Fachpersonen klären die Betreuung der Kinder während einem stationären Aufenthalt ihrer Eltern nicht ab. Dies ist darauf zurück zu führen, dass die Zuständigkeitsbereiche der Institutionen zu wenig geklärt sind, im vorliegenden Fall zwischen den Fachpersonen der emera und des PZO. Eine Fachperson klärt die Betreuung in der Familie ab, jedoch nicht darüber hinaus. Lediglich zwei Fachpersonen klären die Betreuung der Kinder vorgängig ab und schalten, wenn nötig, entsprechende Stellen ein. Somit muss abschliessend gesagt werden, dass die Fachpersonen nicht genügend Interventionen im Bereich Betreuung der Kinder während einem Klinikaufenthalt ihrer Eltern einleiten.

Information

Lediglich drei der sieben befragten Fachpersonen geben an, dass sie die Kinder psychisch kranker Eltern informieren. Bei den drei Fachpersonen, die die Kinder informieren, handelt es sich um Mitarbeiter des PZO. Die Informationen beziehen sich auf die Bereiche Krankheit, Medikamente, den Umgang mit dem erkrankten Elternteil, Vererbbarkeit und die Frage der Schuld. Es muss jedoch noch angeführt werden, dass zwei der drei Fachpersonen Einschränkungen bezüglich des Alters machen. Bei diesen Fachpersonen werden nur Kinder ab Schulalter informiert. Die anderen vier Fachpersonen geben an, dass kein genügendes Vertrauensverhältnis zu den Kindern aufgebaut werden kann, oder dass sie der Meinung sind, dass die Kinder von den Psychologen/Psychiatern informiert werden sollten. Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die Kinder nicht von allen Fachpersonen des psychosozialen Systems informiert werden, sondern lediglich von den Psychologen/Psychiatern ihrer Eltern.

Triage

Wenn Kinder und Jugendliche Verhaltensauffälligkeiten zeigen, nehmen alle befragten Fachpersonen Kontakt mit Stellen auf, die im Bereich der Kinder und Jugendlichen tätig sind. Wie sich anhand der Datenauswertung zeigte, ist anzunehmen, dass manche Fachpersonen über zu wenig Wissen bezüglich des Aufgabenbereichs der zuvor genannten Stellen verfügen. Dies wäre jedoch eine Voraussetzung um eine gelingende Zusammenarbeit zu praktizieren und die geeigneten Schritte einleiten zu können. Ob es wirklich an Wissen bezüglich Institutionen aus dem Bereich Kinder und Jugendliche mangelt, müsste jedoch noch eingehender geprüft werden. Gemäss den erhaltenen Daten kann gesagt werden, dass alle befragten Fachpersonen mit spezialisierten Stellen aus dem Bereich Kinder und Jugendliche Kontakt aufnehmen.

Schutz

Sobald die Fachpersonen wahrnehmen, dass ihre Klienten/Patienten die Erziehungsfunktion nicht mehr wahrnehmen können und das Wohl des Kindes gefährdet ist, sollten sie eine Meldung an die Vormundschaftsbehörde einleiten oder aber andere auf Kinder spezialisierte Stellen kontaktieren. Es geben nur zwei der sieben befragten Fachpersonen an, dass sie eine Meldung an die Vormundschaftsbehörde machen. Die anderen Fachpersonen versuchen zunächst, dies mit dem Klient/Patient zu besprechen und ihm Entlastungsmöglichkeiten zu vermitteln. Es geben jedoch alle befragten Fachpersonen an, dass sie andere auf Kinder und Jugendliche spezialisierte Stellen darüber informieren, dass die Eltern ihre Erziehungsfunktion nicht mehr wahrnehmen können. Dies ist teilweise verständlich, zieht man in Betracht, dass die Eltern oft Angst haben, dass ihnen die Kinder weggenommen werden. Die Fachpersonen müssen sich jedoch dieser Gratwanderung bewusst sein und abwägen können, wann eine Meldung beim Vormundschaftsamt unabdingbar wird. Ich gehe davon aus, dass die Institutionen des Zuständigkeitsbereichs für Kinder und Jugendliche genügend auf das Wohl der Kinder und Jugendlichen sensibilisiert sind, dass sie, wenn nötig, eine Meldung an das Vormundschaftsamt einleiten. Somit kann festgehalten werden, dass die Fachpersonen bei der Gefährdung des Wohls des Kindes Fachstellen für Kinder einbeziehen.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die befragten Fachpersonen:

- zu Beginn der Beratung oder Therapie abklären, ob ihre Klienten/Patienten Kinder haben,
- die Betreuung der Kinder während einem stationären Aufenthalt des Elternteils nur ungenügend abklären und sicherstellen,
- die Kinder ihrer Klienten nur teils informieren (wird nur von den Psychologen/Psychiatern wahrgenommen),
- bei Auffälligkeiten der Kinder die entsprechenden Institutionen einschalten,
- bei der Gefährdung des Wohls des Kindes Institutionen aus dem Bereich Kinder und Jugendliche einschalten.

Wie sich abschliessend herausstellt, werden von den Fachpersonen des psychosozialen Systems im Oberwallis nur ein Teil der möglichen Interventionen für Kinder psychisch kranker Eltern ergriffen.

6.3. Weiterführende Fragestellungen

Kinder psychisch kranker Eltern ist eine sehr weitläufige Thematik. Deshalb ist es mir zu Beginn meiner Arbeit auch sehr schwer gefallen, das Thema einzugrenzen und eine Forschungsfrage zu formulieren. Aus der vorliegenden Arbeit lassen sich folgende weiterführende Fragenstellungen ableiten:

- Die vorliegende Untersuchung wurde im Oberwallis durchgeführt. Es wäre interessant, diese Untersuchung auch in einer grösseren Stadt wie Bern oder Zürich durchzuführen, da ich annehme, dass aufgrund der Bevölkerungszahl in Bern oder Zürich mehr Unterstützungsmöglichkeiten für Kinder psychisch kranker Eltern vorhanden sind. Die Ergebnisse könnten abschliessend einander gegenübergestellt werden.
- In der vorliegenden Arbeit habe ich Fachpersonen des psychosozialen Systems des Erwachsenenbereichs befragt. Eine andere Möglichkeit wäre die Befragung von Fachpersonen aus dem Bereich Kinder und Jugendliche um herauszufinden, ob und wenn ja, welche Interventionen diese für die Klientel „Kinder psychisch kranker Eltern“ ergreifen.
- Mehrere der interviewten Fachpersonen, wie auch Therese Zenhäusern (vgl. Anhang B, Zeile 3) bedauern, dass es keine spezifischen Angebote für Kinder psychisch kranker Eltern gibt. Es könnte diesbezüglich eine Bedarfsabklärung im Oberwallis durchgeführt werden. Zudem könnten anhand Befragungen der Betroffenen herausgearbeitet werden, welche Angebote eine solche Anlaufstelle haben sollte.
- Anhand einer Fallanalyse einer betroffenen Familie könnten die Bedürfnisse dieser Familie herausgearbeitet werden und zugleich erfasst werden, wie und von wem diese befriedigt werden. Dadurch könnten Lücken aufgezeigt und Handlungsbedarf für die Praxis aufgeführt werden.

6.4. Perspektiven und Handlungsvorschläge für die Praxis

Nachfolgend werden zunächst die Aussagen der Fachpersonen bezüglich Perspektiven und Handlungsvorschläge für die Praxis dargelegt. Anschliessend folgen meine eigenen Vorschläge, die ich anhand dieser Untersuchung herausgearbeitet habe.

Zum Abschluss der jeweiligen Interviews fragte ich die Fachpersonen, ob sie im Oberwallis Handlungsbedarf im sozialpsychiatrischen System in Bezug auf das Wohl von Kindern psychisch kranker Eltern sehen. Die Fachpersonen trafen Aussagen zur Zusammenarbeit, zur Schaffung eines Betreuungsangebotes, einer Mutter-Kind-Station, Notfallplatzierungsstellen und Entlastungsmöglichkeiten.

- Die **Zusammenarbeit** der verschiedenen Institutionen wurde von vier Fachpersonen angesprochen. Während Fachpersonen C und D der Meinung sind, dass die Zusammenarbeit eigentlich seitens des PZO gut funktioniert, haben Fachpersonen A und F Wünsche zur Verbesserung der Zusammenarbeit angesprochen. Fachperson A wünscht sich eine bessere Zusammenarbeit zwi-

schen der spspitex und dem Amt für Kinderschutz. Zudem sollte ihrer Meinung nach die Zusammenarbeit zwischen dem Amt für Kinderschutz und den Eltern sowie zwischen dem Amt für Kinderschutz und der sozialpädagogischen Familienhilfe verbessert werden. Gemäss ihrer Erfahrungen wird die Massnahme „Sozialpädagogische Familienhilfe“ zu wenig vom Amt für Kinderschutz gesprochen. Fachperson F sieht Handlungsbedarf in der Zusammenarbeit zwischen den Institutionen Sozialberatung emera, spspitex, sozialpädagogischen Familienbegleitung und kinderpsychiatrischen Abteilung des PZO. Die Zusammenarbeit könnte ihrer Meinung nach durch eine gemeinsame Fachtagung gefördert werden. Fachperson D fügt hier noch an, dass der systemische Gedanken immer wieder aktualisiert und wiederholt werden sollte, so dass immer wieder auf die Kinder aufmerksam gemacht wird und diese nicht in Vergessenheit geraten.

- Die Schaffung eines **Mutter-Kind-Hauses oder einer Mutter-Kind-Station** wurde von zwei Fachpersonen erwähnt. Für Fachperson A wäre es für die Mütter eine grosse Entlastung, wenn sie für eine gewisse Zeit mit ihrem Kind in ein Mutter-Kind-Haus einziehen könnten und dort eine sozialpädagogische Begleitung hätten. Fachperson D wünscht sich eine Mutter-Kind-Station im PZO. Speziell für Mütter mit Säuglingen oder kleinen Kindern wäre dies eine optimale Möglichkeit, damit die traumatische Trennung von der Mutter vermieden werden könnte.
- Während für Fachperson C genügend Möglichkeiten bezüglich äusseren Strukturen vorhanden sind, geben vier Fachpersonen (B, E, F und G) an, dass es im Oberwallis ein Defizit an **Möglichkeiten für Kinder psychisch kranker Eltern** gibt. Fachperson B wünscht sich ein *Betreuungsangebot*, das speziell für Kinder von psychisch kranken Eltern konzipiert ist. Dort erhielten die Kinder eine ihren Bedürfnissen entsprechende Betreuung von Fachpersonen und könnten trotzdem noch zu Hause wohnen. Dies würde dem massiven Eingriff einer Fremdplatzierung entgegenwirken. Fachperson E sieht ein Defizit an *Entlastungsmöglichkeiten* für psychisch kranke Eltern mit Kindern. Ihrer Meinung nach sollte es mehr Möglichkeiten geben, wo die Kinder von Fachpersonen betreut werden und mehr Möglichkeiten, um die Eltern im Haushalt zu entlasten. Auch für Fachperson G wäre es notwendig, dass eine *spezialisierte Beratungsstelle* für Familien mit einem psychisch kranken Elternteil geschaffen wird. Kinder und Eltern könnten sich dort unverbindlich informieren lassen. Um ein breites Angebot zu gewährleisten, sollten dort Fachpersonen aus dem medizinischen, sozialpädagogischen und sozialarbeiterischen Gebiet tätig sein. Zudem könnte diese Fachstelle automatisch bei jeder Platzierung des Elternteils eingeschaltet werden, um den Verbleib und das Wohlergehen der Kinder sicherzustellen. Gemäss Fachperson F sollte es im Oberwallis ein Angebot von *Notfallplatzierungen* geben. Da sich das Oberwallis nicht mehr nur aus gebürtigen Oberwallisern zusammensetzt, sondern auch Familien aus anderen Kantonen oder Ländern sich im Oberwallis niederlassen, entstehen viele Familien, die nicht mehr auf ein familiäres Netz zurückgreifen können. Deshalb sollten Notfallplatzierungen angeboten werden, so zum Beispiel durch ein Elternpaar, das bereit wäre, nebst seinen eigenen Kindern, noch Kinder aufzunehmen.

Aufgrund der herausgearbeiteten Theorie und aufgrund der Daten, die ich durch die Interviews erhalten habe, folgend einige Handlungsansätze für die Praxis:

- Die drei befragten Institutionen spspitex, PZO und emera sollten die **Zuständigkeitsbereiche bezüglich Organisation der Betreuung der Kinder** untereinander klären. Wie aus der Datenauslegung ersichtlich wird, fühlt sich niemand wirklich verantwortlich und die Verantwortung wird von einer Institution an die andere weitergeschoben. Deshalb sollten sie miteinander klären, durch wen und wie die Betreuung der Kinder organisiert werden kann. Hierzu ist Transparenz unabdingbar. Das heisst, alle involvierten Institutionen sollten auch über einen Eintritt ihres Klienten ins PZO erfahren. Die Institutionen sollten sich stärker miteinander vernetzen.
- Der stationäre Bereich des PZO sollte eine **Checkliste** vorliegen haben. Bei einem stationären Eintritt kann anhand dieser abgefragt werden, ob Kinder vorhanden sind, wie sie betreut werden und welche zusätzlichen Hilfen nötig sind. Müsste eine Betreuung der Kinder während dieser Zeit organisiert werden, könnte diese Abklärung und Organisation an Sozialarbeiter weitergegeben werden. Es wäre jedoch wichtig, dass die erste Abklärung vor Ort von den Psychologen/Psychiatern gemacht wird.
- Anhand meiner Interviews zeigte sich, dass die **Informationsvermittlung** lediglich von den Psychologen/Psychiatern wahrgenommen wird. Es ist wichtig, dass diese sich ihrer Verantwortung bewusst sind und diese auch wahrnehmen. Die Fachpersonen der anderen Stellen können diesbezüglich die Kinder an die Psychologen/Psychiatern ihrer Eltern weiterleiten und sie darauf aufmerksam machen, dass sie bei Unklarheiten dort nachfragen können.
- Durch regelmässige **Weiterbildungen und Informationsveranstaltungen für Fachpersonen des Erwachsenenbereichs** sollte auf die Thematik *Kinder von psychischen kranken Eltern* aufmerksam gemacht werden, so dass sie nicht in Vergessenheit geraten. Die Fachpersonen wären dadurch auf die Bedürfnisse der Kinder sensibilisiert und würden sie in der Beratung und Therapie auch eher miteinbeziehen.
- Die **Zusammenarbeit der Institutionen des Erwachsenebereichs und des Kinder- und Jugendbereichs** sollte gefördert und aktualisiert werden. Alle Fachpersonen sollten über die verschiedenen Institutionen, deren Aufgaben- und Wirkungsbereich informiert werden. Durch einen Besuch bei den jeweiligen Institutionen können persönliche Kontakte geschlossen werden, was die künftige Zusammenarbeit erleichtert und fördert.
- Fachpersonen, die mit psychisch kranken Menschen in Kontakt kommen, sollten sich vermehrt dafür einsetzen, die **Öffentlichkeit** über psychische Erkrankungen und über Angehörige, im speziellen auch Kinder, von psychisch kranken Menschen zu informieren. Dies kann durch Veröffentlichung von Artikeln in Zeitungen oder Zeitschriften erreicht werden, aber auch beispielsweise anhand von Aktionen am internationalen Tag des psychisch kranken Menschen, der jeweils am 10.10. stattfindet.

- Im Oberwallis gibt es bereits eine Gruppe für Angehörige von psychisch kranken Menschen. Diese wird vom PZO und der Stiftung emera organisiert. Bei den Treffen werden über die verschiedenen psychischen Krankheiten sowie über sozialversicherungsrechtliche und vormundschaftliche Massnahmen informiert. Jedoch nehmen bei dieser **Angehörigengruppe** nur erwachsene Personen teil. Durch Beizug einer Fachperson aus dem Bereich der Kinder und Jugendlichen, zum Beispiel einer Fachperson des Zentrums für Entwicklung und Therapie, könnte die Gruppe sich auch für Kinder und Jugendliche öffnen. Die Kinder und Jugendlichen könnten sich untereinander austauschen und wichtige Themen mit den Fachpersonen besprechen. Die Fachpersonen sollten die Bewältigungsstrategien der Kinder und Jugendlichen erkennen und fördern. Zudem sollten die sozialen und personalen Ressourcen der Kinder und Jugendlichen gestärkt werden, damit sie lernen, mit dieser belastenden Situation umzugehen.
- Die Fachpersonen sollten mit den Kindern und ihren Bezugspersonen einen **Krisenplan** erstellen. Darin kann beispielsweise festgehalten werden, wann welche Massnahmen eingeleitet werden müssen, wenn sich ihr erkrankter Elternteil in einer akuten Phase befindet. Eine Bezugsperson wird bestimmt, an die sich das Kind wenden kann und es wird festgehalten, bei welcher Situation diese Person welche Interventionen einleitet. Auch kann darin festgehalten werden, wie vorgegangen wird, wenn der erkrankte Elternteil stationär ins PZO muss. Somit könnte eine mögliche Betreuungssituation bereits vorher geregelt werden. Dies bietet einerseits eine Entlastung für die Eltern und andererseits können die Kinder sich an die vorher bestimmte Bezugsperson wenden, ohne in Loyalitätskonflikte zu geraten oder Schuldgefühle zu entwickeln.

Aus diesen Vorschlägen wird ersichtlich, dass noch viel Handlungsbedarf im sozialpsychiatrischen System im Oberwallis besteht, um den Bedürfnisse der Kinder psychisch kranker Eltern gerecht zu werden.

6.5. Persönliche Stellungnahme zu den Zielen

Zum Schluss meiner Arbeit komme ich nochmals auf die zu Beginn festgelegten Ziele im Bereich der Theorie, Forschung und Praxis zurück.

Die Ziele im Bereich der **Theorie** konnte ich durch die intensive Auseinandersetzung mit den theoretischen Grundlagen bezüglich psychische Erkrankungen, Einfluss der Erkrankung eines Elternteils auf die Kinder, das Herausarbeiten der Bedürfnisse dieser Kinder und möglichen Interventionen von Fachpersonen für diese Kinder erreichen.

Durch das Führen von Interviews mit den Fachpersonen aus dem sozialpsychiatrischen System im Oberwallis, durch die Auswertung der Daten mittels der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring und dem Aufzeigen der daraus resultierten Handlungsvorschlägen für die Praxis konnte ich auch meine Ziele im Bereich der **Forschung** erreichen.

Im Bereich der **Praxis** war das Ziel auf Kinder von psychisch kranken Eltern aufmerksam zu machen und mich und andere Professionelle für die Thematik zu sensibilisieren. Um diese zu erreichen, werde ich meine Arbeit den Institutionen, deren Fachpersonen mir für meine Arbeit als Interviewpartner zu Verfügung standen, zukommen lassen. Zudem werde ich die Ergebnisse meiner Arbeit den Mitarbeitern des Zentrums für Entwicklung und Therapie des Kindes von Brig vorstellen können. Damit ich möglichst viele Fachpersonen erreichen kann, werde ich die Arbeit ausserdem den Fachpersonen des Berufsverbandes Avenir Social der Sektion Oberwallis präsentieren können. Somit hoffe ich, möglichst viele Fachpersonen des psychosozialen Systems im Oberwallis auf die Thematik „Kinder psychisch kranker Eltern“ sensibilisieren zu können.

6.6. Technische Bilanz der Untersuchung

Aufgrund verschiedener Situationen bei meiner Tätigkeit als Sozialarbeiterin bei der Stiftung emera hat mich die Thematik „Kinder psychisch kranker Eltern“ fasziniert. Für mich war somit bald klar, dass ich meine Arbeit diesem Thema widmen wollte. Jedoch stellte sich heraus, dass das Interessenfeld ein sehr umfassendes Themengebiet ist. Daher ist mir die Eingrenzung sehr schwer gefallen. Je mehr ich mich in das Thema eingelesen habe, umso mehr Ideen entwickelte ich, die ich erforschen wollte. Eine zusätzliche Schwierigkeit bestand für mich darin, dass so viele Institutionen und Personen mit diesen Kindern in Berührung kamen und es somit unmöglich war, all diese zu erfassen. Nach Abgabe meines Projektes und nach diversen Gesprächen mit Dozenten und Studenten konnte ich mich schliesslich auf einen Bereich mit einer entsprechenden Fragestellung festlegen.

Zu Beginn stellte ich mir das Verfassen des Theorieteils als den einfachsten Teil vor. Jedoch gestaltete sich dieser als harzig und langwierig. Je mehr ich mich mit der Thematik auseinandersetzte umso mehr Material kam plötzlich ans Tageslicht, in das ich mich noch einarbeiten sollte. Nach dem Theorieteil habe ich die Fragen für die Experteninterviews erarbeitet und die Probanden kontaktiert. Das Führen der Interviews fiel mir nicht schwer. Durch die offenen Fragen konnten die Fachpersonen mir ihre Erfahrungen mitteilen und bei Unklarheiten konnte ich direkt nachfragen. Als Sicherheit hatte ich meinen vorbereiteten Leitfaden und so kam ich immer wieder aufs Thema zurück und konnte auch ohne Probleme alle Themenbereiche ansprechen.

Die Transkription gestaltete sich je nach Interviewpartner als sehr zeitaufwändig. Da ich die Interviews auf Schriftdeutsch geführt habe, hat sich der Arbeitsaufwand jedoch ein wenig verringert.

Das Auswerten der erhaltenen Daten anhand der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring bereitete mir einiges Kopfzerbrechen. Trotz des Diplomarbeitsmoduls 7E an der HES-SO und den Büchern, die ich über die Inhaltsanalyse gelesen habe, konnte ich mir diese Auswertungsmethode in der Praxis nicht genau vorstellen.

Bei der Datenanalyse bin ich dann so vorgegangen, dass ich alle Interviews nach Textstellen untersucht habe, die einer zuvor festgelegten Kategorie zugeteilt werden konnte. Für jedes Interview habe ich ein eigenes Raster erarbeitet. Die Paraphrasen habe ich generalisiert und eine Reduktion vorgenommen. Die Reduktionen aller In-

terviews konnte ich anschliessend in einem Raster zusammentragen. Dies erleichterte es mir enorm, Aussagen zu den aufgestellten Hypothesen zu machen.

Zusammenfassend kann ich sagen, dass das Verfassen dieser Arbeit für mich ein „learning by doing“ war, was sich teils auch bemerkbar macht. Vor allem war mir zu Beginn der Arbeit nicht bewusst, wie wichtig es ist, dass Theorieteil, Datenerhebung und Datenauslegung aufeinander abgestimmt werden und schlussendlich auch zusammenpassen müssen.

6.7. Persönliche Bilanz der Forschungsarbeit

Durch das Verfassen dieser Arbeit konnte ich persönlich wie auch fachlich viel profitieren. Die Arbeit gab mir die Möglichkeit, mich mit dem Thema *Kinder psychisch kranker Eltern*, intensiv auseinanderzusetzen. Diese Auseinandersetzung half mir, die Lebensumstände einer Familie mit einem psychisch kranken Elternteil besser zu verstehen, mir das Wissen über die Bedürfnisse der Kinder dieser Familien anzueignen und mich mit den möglichen Interventionen, die Fachpersonen des Erwachsenenbereichs einleiten könnten, auseinanderzusetzen. Die Auseinandersetzung mit der Thematik hat mich auf Kinder psychisch kranker Eltern sensibilisiert und ich werde diese und ihr Wohlergehen in meinem beruflichen Alltag vermehrt einbeziehen. Ich in der Rolle als Sozialarbeiterin von unter anderem psychisch kranken Eltern habe sehr wenig Kontakt zu deren Kindern, da es sich in der Beratung meist um zentrale Fragestellungen bezüglich Sozialversicherungen handelt. Die Arbeit hat mir aufgezeigt, wie wichtig der systemische Gedanken in der Beratung ist. Wie Fachperson E sagte, muss die Familie nicht als „Person“ in der Beratung sein, sie kann auch im Gespräch in der Beratung anwesend sein (vgl. Anhang D, Kategorienraster E) und dadurch kann ich als Fachperson schon sehr viel über die Bedürfnisse der verschiedenen Familienmitglieder erfahren und wenn nötig entsprechende Interventionen einleiten.

Neben dem Wissen über die Einflüsse einer Erkrankung auf die Kinder und den Bedürfnissen dieser Kinder sowie einigen Handlungsmöglichkeiten konnte ich mir zudem Wissen im Bereich der Sozialarbeitsforschung aneignen. Ich lernte die Erhebungsmethode des Leitfadeninterviews und die Auswertungsmethode der qualitativen Inhaltsanalyse kennen und anwenden.

Auch persönlich ist diese Arbeit für mich eine Bereicherung. Das Verfassen der Arbeit war begleitet von vielen Hochs und Tiefs. Vor allem der Anfang und damit die Themeneingrenzung und das Definieren der Forschungsfrage sind mir sehr schwer gefallen und liessen meine Motivation schwinden. Zu Beginn jedes Kapitels sah ich jeweils nur einen Berg von Arbeit vor mir, der sehr viel Durchhaltevermögen von mir forderte. Durch die Hilfe und Unterstützung verschiedener Personen konnte ich mich jedoch immer wieder motivieren, den nächsten Berg in Angriff zu nehmen.

Persönlich hoffe ich, dass ich mit dieser Arbeit Fachpersonen des Erwachsenenbereichs auf die Thematik *Kinder psychisch kranker Eltern* sensibilisieren kann und dass einige der vorgeschlagenen Handlungsmöglichkeiten auch in der Praxis umgesetzt werden. Da ich bei meiner Arbeit von Forschungsarbeiten anderer Studieren-

den profitieren konnte, hoffe ich, dass auch meine Arbeit für andere Studierenden hilfreich sein wird.

7. Bibliographie

7.1. Bücher

BAUMANN KERSTIN KATHARINA. *„Ver-rückte Kindheit“ Probleme und Hilfemöglichkeiten bei Kindern psychisch erkrankter Eltern*. Marburg: Tectum Verlag, 2000.

BENGEL JÜRGEN, STRITTMATTER REGINE, WILLMAN HILDEGARD. *Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese –Diskussionsstand und Stellenwert*. 7. Köln: BzgA, 2002.

BOHNSACK RALF. *Rekonstruktive Sozialforschung. Einführung in qualitative Methoden*. 7. Ulm: Ebner & Spiegel GmbH, 2008.

DENEKE (1994). In: BAUMANN KERSTIN KATHARINA. *„Ver-rückte Kindheit“ Probleme und Hilfemöglichkeiten bei Kindern psychisch erkrankter Eltern*. Marburg: Tectum Verlag, 2000.

FRANZ MICHAEL (2008). In: MATTEJAT FRITZ, LISOFKY BEATE (hrsg.). *Nicht von schlechten Eltern. Kinder psychisch Kranker*. Bonn: BALANCE buch + medien verlag GmbH & Co.KG, 2008.

GÖPFERT, WEBSTER, SEEMAN (1996). In: LENZ ALBERT. *Interventionen bei Kindern psychisch kranker Eltern. Grundlagen, Diagnostik und therapeutische Massnahmen*. Göttingen: Hogrefe Verlag, 2008.

GUNDELFINGER (1995). In: BAUMANN KERSTIN KATHARINA. *„Ver-rückte Kindheit“ Probleme und Hilfemöglichkeiten bei Kindern psychisch erkrankter Eltern*. Marburg: Tectum Verlag, 2000.

HAHLWEG KURT, LEXOW ANJA, WIESE MEIKE (2008). In: MATTEJAT FRITZ, LISOFKY BEATE (hrsg.). *Nicht von schlechten Eltern. Kinder psychisch Kranker*. Bonn: BALANCE buch + medien verlag GmbH & Co.KG, 2008.

KÖNIG ECKARD, ZEDLER PETER (hrsg.). *Qualitative Forschung*. 2. Weinheim und Basel: Beltz Verlag, 2002.

LAZARUS, FOLKMAN (1984). In: LENZ ALBERT. *Interventionen bei Kindern psychisch kranker Eltern. Grundlagen, Diagnostik und therapeutische Massnahmen*. Göttingen: Hogrefe Verlag, 2008.

LENZ ALBERT. *Interventionen bei Kindern psychisch kranker Eltern. Grundlagen, Diagnostik und therapeutische Massnahmen*. Göttingen: Hogrefe Verlag, 2008.

LENZ ALBERT. *Interventionen und Handlungsmöglichkeiten*. Göttingen: Hogrefe Verlag, 2005.

LENZ ALBERT. *Kinder psychisch kranker Eltern*. Göttingen: Hogrefe Verlag, 2005.

MAYRING PHILIPP. *Einführung in die qualitative Sozialforschung*. 5. Weinheim und Basel: Beltz Verlag, 2002.

MATTEJAT FRITZ, LISOFKY BEATE (hrsg.). *Nicht von schlechten Eltern. Kinder psychisch Kranker*. Bonn: BALANCE buch + medien verlag GmbH & Co.KG, 2008.

MATTEJAT (2008). In: MATTEJAT FRITZ, LISOFKY BEATE (hrsg.). *Nicht von schlechten Eltern. Kinder psychisch Kranker*. Bonn: BALANCE buch + medien verlag GmbH & Co.KG, 2008.

MÖLLER HANS-JÜRGEN, LAUX GERD, DEISTER ARNO. *Psychiatrie und Psychotherapie*. 3. Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG, 2005.

PETERMANN & PETERMANN (2006). In: LENZ ALBERT. *Interventionen bei Kindern psychisch kranker Eltern. Grundlagen, Diagnostik und therapeutische Massnahmen*. Göttingen: Hogrefe Verlag, 2008.

REMSCHMIDT, MATTEJAT (1994). In: BAUMANN KERSTIN KATHARINA. „Ver-rückte Kindheit“ Probleme und Hilfemöglichkeiten bei Kindern psychisch erkrankter Eltern. Marburg: Tectum Verlag, 2000.

SANDERS (1999). In: LENZ ALBERT. *Interventionen bei Kindern psychisch kranker Eltern. Grundlagen, Diagnostik und therapeutische Massnahmen*. Göttingen: Hogrefe Verlag, 2008.

SANTEN VAN, SECKINGER (2003). In: LENZ ALBERT. *Kinder psychisch kranker Eltern*. Göttingen: Hogrefe Verlag, 2005.

SCHLIPPE ARIST VON, SCHWEITZER JOCHEN. *Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung*. 6. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 1999.

SCHONE REINHOLD, WAGENBLASS SABINE (hrsg.). *Kinder psychisch kranker Eltern zwischen Jugendhilfe und Erwachsenenpsychiatrie*. 2. Weinheim und München: Juventa, 2006.

SCHONE REINHOLD, WAGENBLASS SABINE. *Wenn Eltern psychisch krank sind... Kindliche Lebenswelten und institutionelle Handlungsmuster*. Weinheim: Juventa, 2002.

TINEARI PEKKA et al., 1987. In: BAUMANN KERSTIN KATHARINA. „Ver-rückte Kindheit“ Probleme und Hilfemöglichkeiten bei Kindern psychisch erkrankter Eltern. Marburg: Tectum Verlag, 2000.

VETTER BRIGITTE. *Psychiatrie. Ein systematisches Lehrbuch für Heil-, Sozial- und Pflegeberufe*. 6. München: Urban & Fischer Verlag, 2001.

WALSH, MCMILLAN, JAMIESON (2002). In: LENZ ALBERT. *Interventionen bei Kindern psychisch kranker Eltern. Grundlagen, Diagnostik und therapeutische Massnahmen*. Göttingen: Hogrefe Verlag, 2008.

WUNDERER SUSANNE (2008). In: MATTEJAT FRITZ, LISOFKY BEATE (hrsg.). *Nicht von schlechten Eltern. Kinder psychisch Kranker*. Bonn: BALANCE buch + medien verlag GmbH & Co.KG, 2008.

7.2. Broschüren

PRO JUVENTUTE (hrsg.). *Wenn dein Vater oder deine Mutter in psychiatrische Behandlung muss... mit wem kannst du dann eigentlich reden?* 4. Zürich, 2007.

PRO JUVENTUTE (hrsg.). *Wenn dein Vater oder deine Mutter psychische Probleme haben... Informationen für Jugendliche zwischen 12 und 18 Jahren*. 4. Zürich, 2007.

PRO JUVENTUTE (hrsg.). *Wenn ein Vater oder eine Mutter psychische Probleme haben... Wie geht es dann den Kindern?* 4. Zürich, 2007.

SCHWEIZERISCHE STIFTUNG PRO MENTE SANA (hrsg.). *pro mente sana aktuell, Familie und Psychiatrie*. Romanshorn: Brüggli, 1996.

7.3. Elektronische Quellen

B. STEHLING. *Systemische Familientherapie* [online]. 2002, 13.1.2003. <http://www.psychotherapie-netzwerk.de/infobuero/therapie/systemische/familie/familie.htm>.

BUNDESAMT FÜR STATISTIK (hrsg.) *Medizinische Statistik* [online]. 2007. <http://www.obsan.admin.ch/bfs/obsan/de/index/01/02.Document.98585.pdf>.

BUNDESBEHÖRDEN DER SCHWEIZERISCHEN EIDGENOSSENSCHAFT (hrsg.). *Schweizerisches Zivilgesetzbuch vom 10. Dezember 1907* [online]. <http://www.admin.ch/ch/d/sr/c210.html>.

CELLESCHER ZEITUNG (hrsg.). *Patenschaft für Kinder psychisch kranker Eltern* [online]. 16.7.2009. <http://www.cellesche-zeitung.de/index.php/cz/Inhalt/Ratgeber/Familie/Patenschaft-fuer-Kinder-psychisch-kranker-Eltern#>

SCHWEIZERISCHES GESUNDHEITSOBSERVATORIUM (Hrsg.). *Psychische Gesundheit in der Schweiz* [online]. 2007. <http://www.obsan.admin.ch/bfs/obsan/de/index/01/02.Document.98585.pdf>.

SOZIALPSYCHIATRISCHE SPITEX. *Sozialpsychiatrische Spitex Oberwallis* [online]. <http://www.spspitex.ch/>. (10.08.2008)

VEREINIGUNG EMERA. *Emera Vereinigung für Partnerschaft mit behinderten Menschen* [online]. <http://www.emera.ch/>. (20.08.2008)

WAEBER REINHARD. *Neue Trends am Psychiatriezentrum Oberwallis* [online]. 2009. http://www.gdk-cds.ch/fileadmin/pdf/Themen/Gesundheitsversorgung/Versorgungsplanung/Psychiatrieplanung/FN_Waeber_20090616_d.pdf.

ZÜRCHER HOCHSCHULE FÜR ANGEWANDTE WISSENSCHAFTEN (hrsg.). *Kinder psychisch kranker Eltern: Winterthurer Studie* [online]. 2006. http://www.sozialarbeit.zhaw.ch/fileadmin/user_upload/soziale_arbeit/Forschung/Forschungsberichte/laufend/KiPEltern_WthurStudie.pdf.

ZÜRCHER HOCHSCHULE FÜR ANGEWANDTE WISSENSCHAFTEN. (hrsg.). *Kinder psychisch kranker Eltern: Interprofessionelle Kooperation und Unterstützungsbedarf* [online]. 2008. http://www.sozialarbeit.zhaw.ch/fileadmin/user_upload/soziale_arbeit/Forschung/Forschungsberichte/abgeschlossen/KipE-ZH-Forschungsbericht_2_doc.pdf.

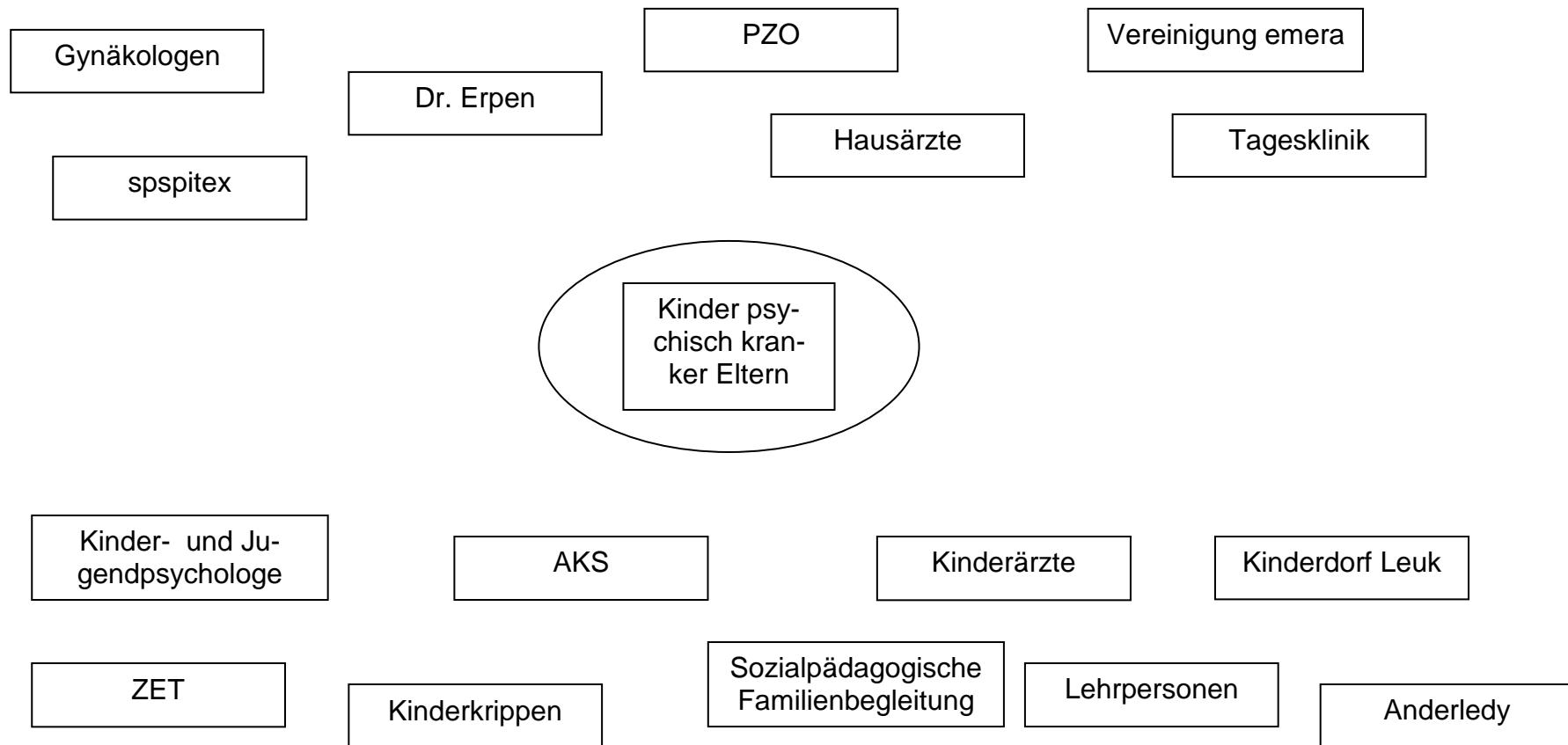
8. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Bundesamt für Statistik, 2004

9. Anhang

A.	Sozialtherapeutisches Versorgungssystem im Oberwallis	72
B.	Experteninterview mit Frau Therese Zenhäusern	73
C.	Beispielanfrage der Probanden für die Teilnahme am Interview	77
D.	Kategorienraster der Interviews	78
	Kategorienraster, Interview A	78
	Kategorienraster, Interview B	83
	Kategorienraster, Interview C	87
	Kategorienraster, Interview D	95
	Kategorienraster, Interview E	100
	Kategorienraster, Interview F	107
	Kategorienraster, Interview G	111

A. Sozialtherapeutisches Versorgungssystem im Oberwallis



B. Experteninterview mit Frau Therese Zenhäusern

Therese Zenhäusern ist Fachpsychologin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Mitarbeiterin im Zentrum für Entwicklung und Therapie des Kindes in Brig.

Das Interview wurde im Dialekt geführt und in Schriftsprache nach den Richtlinien der Transkription Talk in Qualitative Social Research (Bohnsack, 2008) transkribiert.

S: Interviewerin

Z. Frau Zenhäusern Therese

1 S: Als erstes würde mich interessieren, ob es im Oberwallis Angebote gibt, die spe-
2 ziell für Kinder von psychisch kranken Eltern sind?

3 Z: Nein das haben wir im Oberwallis eigentlich speziell so nicht. Wenn Sie daran
4 denken, was ich von Bern her kenne, oder auch von der Betreuung her kenne, wie
5 Therapiegruppen für solche Kinder, oder auch Selbsthilfegruppen, welche zentriert
6 sind auf diese Thematik, das haben wir hier leider nicht, das ist nicht gegeben. Das
7 einzige Angebot haben wir natürlich im Rahmen von unseren Zentren, wo wir mit
8 Kindern arbeiten. Wenn das zum Thema wird, werden Abklärungen, Beratungen,
9 Therapien für die Kinder einzeln angeboten. Einfach in der Zusammenarbeit mit dem
10 System, das heisst auch immer mit den Eltern zusammen. Aber leider ist es wirklich
11 so, das ist auch ein Thema, wo Sie mich natürlich ansprechen, wo ich ein wenig
12 schon in den letzten zwei Jahren „es bizji uf di Pauke trummlu“, dass das ein ver-
13 nachlässigstes Thema ist, nicht nur hier im Oberwallis, sicher generell denke ich.

14 S: Und gibt es jetzt irgendwelche Initiativen?

15 Z: Also wir hoffen da natürlich ein wenig auf die Sensibilisierung der Erwachsenen-
16 psychiatrie. Das ist ein Teil, in dem für uns sicher nicht wenig Hoffnung darin steckt,
17 dass jetzt durch die neue Leitung, ich sage es jetzt ganz klar, welcher der Reinhard
18 Waeber hat, welcher ja als Kinder- und Jugendpsychiater gearbeitet hat, wo wir hier
19 in der Haus- und Bürogemeinschaft bei uns hatten. Wo wir beide voneinander wis-
20 sen, dass wir sensibel sind auf dieses Thema und dass wir natürlich auch möchten
21 oder erwarten, dass da das Psychiatriezentrum Oberwallis dafür sensibel wird. Gut
22 ich denke, das ist eine Bedingung, welche wir da drin haben, vom fachlichen, dass
23 man vermehrt wieder lernen muss, dass man systemisch arbeitet. Und das ist natür-
24 lich ein subjektiver Eindruck von meinen Jahren, welche ich nun hier im Oberwallis
25 gearbeitet habe, dass ich denke, dass dies sehr personenzentriert ist. Bei einzelnen
26 Personen ist dies kein Thema, läuft dies sehr gut, die sind sehr aufmerksam darauf.
27 Aber generell, wenn es nachher um die Psychiatrisierung geht, so ist das doch ein
28 vernachlässigtes Thema gewesen in den letzten Jahren, was „nid güet gluffo isch“,
29 ich muss es wirklich so sagen. Wir sind jetzt optimistisch, dass wir da mit der Hilfe
30 der neuen Leitung das Thema wieder aufbrechen, sensibilisieren können. Das haben
31 wir gestartet, auch aus dem Grund, vor einem Jahr haben wir in der Mehrgeneratio-
32 nentagung darauf aufmerksam gemacht, dass dies mehr gewichtet werden sollte.

33 S: Wenn die Kinder von psychisch kranken Eltern Verhaltensauffälligkeiten zeigen
34 und hier bei Ihnen gemeldet werden, was haben Sie da für Handlungsmöglichkeiten?

35 Z: Da haben wir eigentlich eine breite Handlungsmöglichkeit. Wir haben hier im Set
36 als Psychologen/Psychotherapeuten natürlich ganz klar das Angebot zu schaffen für
37 alle Thematiken im psychischen Bereich für Kinder von 0 bis 18 zuständig zu sein.
38 Das heisst einerseits, dass in unseren Auftrag, in unser Mandat auch ganz klar dazu
39 gehört mitzuhelfen, Kinder abzuklären, zu diagnostizieren, zu begleiten, die Eltern zu
40 beraten und auch je nach Fragestellung Therapien zu machen. Und wir haben das
41 eigentlich noch oft, dass wir merken, dass, ich muss das eigentlich noch so erklären,
42 dass für uns hier am Set ist das ganz klar, dass wir ein systemisches Arbeitsmodell
43 vertreten. Das Kind kommt mit seinen Fertigkeiten und Fähigkeiten welches es mitb-
44 ringt, aber ganz klar steht dies in Wechselwirkung in welcher Familie es aufwächst, in
45 welchem sozialen Umfeld, in welcher Schule... welche auf das Kind einwirken, auf
46 welches es aber auch Einwirkungen hat. Entsprechend ist es klar gegeben, wenn die
47 Eltern psychisch krank oder suchtkrank sind, kann dies ein Gefährdungspotential für
48 diese Kinder bedeuten, welche in diesem System leben und wenn man merkt, dass
49 hier nicht Abhilfe geboten wird, kann dieses Kind Verhaltensauffälligkeiten zeigen,
50 oder selber psychische Störungen entwickeln. Und dies ist dann schon eine Klientel,
51 bei welchem wir uns auch zuständig fühlen und wir auch etwas anbieten könnten.
52 Wir erleben dies aber oftmals im umgekehrten Wege. Häufig werden bei uns auffälli-
53 ge Kinder angemeldet, wo man im Nachhinein eigentlich merkt, dass die Auffälligkeit
54 da ist, aber die psychosoziale Belastung, dass vielleicht eben Eltern im Hintergrund
55 sind, welche selber grosse psychische Schwierigkeiten haben, das ist das, welches
56 dann manchmal eher das Thema ist. Dort dürfen wir vom Kind her schon auch anbie-
57 ten, dass wir dieses begleiten oder auch Familientherapien machen. Und von unse-
58 rem systemischen Ansatz ist es eben klar, wenn wir mit Kindern arbeiten, müssen wir
59 sein Netz anschauen, wie ist sein soziales Netz, wie ist die Familie, wie ist (.) ehm ja
60 seine Schulsituation und unsere Partner sind da auch die Eltern, weil diese die pri-
61 märe Verantwortung für die Entwicklung von ihrem Kind tragen. Also ich muss immer
62 sagen, für uns ist jetzt das logischer, das systemische Denken, denn wenn ein Kind
63 bei uns ist, arbeiten wir immer mit der Familie zusammen. Und das ist eben ein bis-
64 schen die Schwierigkeit, wo wir wieder Weiterbilden und Sensibilisieren müssen. Ich
65 verstehe das schon, wenn du primär mit einem erwachsenen Klient zu tun hat, ist die
66 Gefahr, das Risiko, dass du vergisst, dass da noch ein Anhängsel ist, viel grösser.
67 Und da sage ich jetzt, dass das bei uns gar nicht gegeben ist, ansonsten würden wir
68 falsch arbeiten. Das heisst nicht, dass wir nicht immer erfahren, das will ich nicht
69 damit sagen, dass hinten rum noch viele Belastungen in der Familie sind. Das hängt
70 bei uns auch vom Anmeldegrund ab und tatsächlich ist es so, dass uns nicht sehr oft
71 das Kind aufgrund der psychischen Situation der Eltern angemeldet wird, worunter
72 es Folgen hat, sondern eher aufgrund einer Symptomatik, welche es selber trägt.

73 S: Also wenn zum Beispiel die Eltern die Erziehungsfunktion nicht mehr wahrnehmen
74 können, wird das eher nicht bei Ihnen gemeldet?

75 Z: Nein, das ist dann nachher eher, da gibt es dann schon noch die anderen Institu-
76 tionen. Wenn ganz klar die Erziehungsfunktion eine Gefährdung ist, wenn die Eltern
77 die Pflicht, für die Entwicklung des Kindes zu sorgen, nicht mehr erfüllen können,
78 dann ist das eine Gefährdung. Und da sind meistens zunächst einmal Massnahmen
79 notwendig, welche die Behördenseite betreffen. Da ist natürlich zu erwarten, dass
80 wenn nicht selber Abhilfe geboten werden kann, dass die Leute, welche die psy-
81 chisch kranken Eltern betreuen, abwägen müssen, ob das Kind gefährdet ist. Und
82 dann gäbe es eine Meldung zunächst an die Vormundschaftsbehörde. Die Vormund-
83 schaftsbehörde beauftragt dann meistens die Sozialarbeiter des Amts für Kindes-
84 schutz die Situation abzuklären: braucht es da psychosoziale Unterstützung, sei das

Betreuung des Kindes, Beistandschaft für das Kind, Tagesstrukturen für das Kind. Und bei uns ist (jemand) freiwillig hier, wo es mehr um die psychologische Unterstützung geht. Was aber nicht heisst, dass man da mit den Instanzen zusammenarbeiten muss. Das heisst, ich habe im Alltag viel und auch gute Zusammenarbeit, muss man wirklich sagen, vor allem mit dem Ambulatorium vom PZO. Wo es wirklich Leute gibt, welche sehr aufmerksam darauf sind und dort arbeiten wir natürlich mehr als psychologisch, psychotherapeutisch im System schon zusammen. Und bei Bedarf müssen eben dort die mandatierten Behördenseiten wie das Amt für Kinderschutz oder Vormundschaftsbehörde oder das SMRZ oder eben auch von Ihrer Seite dann dabei sein. Ich denke, das ist eben dann interdisziplinäres Arbeiten, wenn es gut verläuft, ee @(.)@

S: Sehen Sie auch Interventionen, welche die Fachpersonen, welche zuständig sind für die Erwachsenen, einleiten können, dass eine Meldung bei euch vermieden werden könnte, also dass es nicht soweit kommen müsste?

Z: Also da gehe ich ganz praktisch vor, also für mich wäre ja, eigentlich wenn es um psychisch kranke Eltern geht, werden ja die ersten, welche damit zu tun haben vermutlich eben schon die Hausärzte sein, die ärztliche Seite. Ähm, (.) wenn es danach zu einer Hospitalisierung sogar kommen muss, gibt es natürlich auch die psychiatrische Seite oder der ambulant psychiatrische Teil. Und dann habe ich natürlich, (.) ich denke nicht einen hohen Anspruch, das muss einfach sein, (.) dass da ein Denken von einem System vorhanden ist bei diesen Leuten. Und was für mich zur Intervention ganz klar dazugehört, ist, dass dort eine Checkliste vorhanden ist, wo die Leute, welche als erste Anlaufstelle gelten, oder welche auch länger ambulant vielleicht sogar mit diesen Eltern arbeiten, wo angeschaut werden muss, in welcher Familiensituation befinden sie sich? Die Leute müssen daran interessiert sein, wie betreuen die Leute ihre Kinder? Sehen die Eltern, dass dort Auffälligkeiten vorhanden sind? Das ist eine Checkliste, welche von den ersten, welche da in den meisten Fällen, von den Betreuern von den Erwachsenen gemacht werden muss. Also wenn man mit erwachsenen Eltern arbeitet, kann man nicht die Kinder darin vergessen. Das gehört für mich zur Pflichtübung, dass diese schauen müssen wie sind sie betreut? Ist da alles organisiert für die? Benötigen sie Hilfe? Welche Hilfe? Ist das eine finanzielle Hilfe? Haben die Kinder ein Umfeld, das, wenn die Mutter oder der Vater angeschlagen sind, oder sogar ausfallen von zu Hause, dies auffangen kann? Eben das private Bezugsnetz, dies kann oftmals viel auffangen, bevor es einen psychotherapeutischen Teil geben muss. Aber man muss abklären, ob dies vorhanden ist und ob das gesichert ist! Auch hat man, das ist das, was das grosse Vernachlässigte ist, haben die Eltern eine Sprache mit den Kindern über das, was mit ihnen passiert? Also zu informieren über die Krankheit, erklären was das ist. Auch das Tabu brechen, dass man darüber spricht. Das ist für mich immer noch erschütternd, wenn ich hier manchmal Kinder sehen muss, von welchen die Eltern jahrelang psychotherapeutische Hilfe hatten, sogar hospitalisiert waren, und die nicht wissen, was mit ihren Eltern los ist. Die haben keinen Namen für diese Krankheit. Und das erwarte ich, das muss geändert werden. Aber wir arbeiten noch daran, es passiert, die Sensibilisierung ist da, aber man vergisst schon. (.) Und das ist das, was vor Ort bei den Erwachsenen zuerst passieren muss. Und je nach dem, wenn das gut läuft, merkt man, hej, da sind Ressourcen vorhanden, da sind auch Leute, noch andere Bezugspersonen, welche helfen können, welche vom familiären, privaten Bereich sind. Die Schule kann auch mithelfen, wenn diese informiert ist. Und das Kind merkt vor allem, das ist ja das psychotherapeutische an und für sich, es hat eine Erklärung für das, es muss

134 keine Schuldgefühle entwickeln, es muss sich für das nicht schämen und dann benö-
135 tigt es vielleicht keine weitere psychotherapeutische Unterstützung.

136 S: Meine nächste Frage wäre wegen dem Optimierungspotential im Umgang mit die-
137 sen Kindern von den Fachpersonen. Das haben Sie ja jetzt schon ein wenig angesp-
138 rochen.

139 Z: Ja das wäre einfach so, dass wir lernen gut interdisziplinär miteinander zu arbei-
140 ten. Und ich denke, (.) also ich bin natürlich ein grosser Fan vom systemischen Ar-
141 beiten, aber ich denke, wenn das in unserem Job drin ist, muss man dieses Denken
142 haben, kann man nicht eine Elfenbeinpolitik, also eine Elfenbein-Turm-Politik betrei-
143 ben, das geht nicht. Wir können nicht in unseren Büros hocken und unsere Einzel-
144 klienten, für welche wir zuständig sind, anschauen und für diese gut sorgen, ohne
145 das Umfeld mit einzubeziehen. Und das ist dieser Teil, das kennen Sie, wenn Sie
146 sich jetzt in dieser Thematik vertieft haben, ist eben schon immer noch das Erschüt-
147 ternde, dass in grossen Kliniken oftmals (.) ja gar nicht gefragt wird, was eigentlich
148 mit diesen Kindern rundum passiert. Und da müssen wir verbessern. Da erwarte ich
149 Weiterbildungen, die man diesen Leuten gibt, da erwarte ich (2) eben dass Checklis-
150 ten, vorhanden sind, dass das geschaut wird und da erwarte ich, dass sie wissen,
151 sich informieren, auch was gibt es hier im ambulanten Bereich für Hilfen. Eben es
152 gibt diese Beratungsstellen, es gibt diese psychotherapeutischen Angebote, auch für
153 Kinder. Es gibt diese behördlichen Seiten darin. Aber diese kommen nicht zu ihnen,
154 sie müssen auch sich interessieren, was läuft aussen rum. Also das vernetzen daran.
155 Und das Andere ist nachher noch die Fähigkeit, welche wir alle miteinander haben
156 müssen, im Respekt miteinander umzugehen zum Wohl von diesen Leuten. Lernen
157 miteinander zu arbeiten. Und da denke ich, das muss man optimieren. (.) Da ist noch
158 viel Update zu machen.

159 S: Also in dem Fall wäre in der Zusammenarbeit zwischen diesen Fachpersonen für
160 Erwachsenen und Ihnen noch viel Optimierungspotential?

161 Z: Ja, ganz klar. Auch von unserer Seite, das will ich auch sagen, gäbe es Optimie-
162 rungspotential. Es wäre sehr lustvoll und sehr hilfreich, wenn man eben auch so, was
163 meine beste Erfahrung ist, Gruppentherapie oder Selbsthilfegruppen für diese Kinder
164 machen könnte. Das wäre ganz gut. Wir haben da halt immer (wie das Thema hier)
165 ein Ressourcenproblem. In unseren Stellen hätten wir schon Ideen, aber wir haben
166 nicht so die Umsetzungsmöglichkeiten, weil wir einfach mit anderen Thematiken
167 auch überlastet sind, mit anderen Mandaten und zu wenige Leute haben. Und nach-
168 her haben wir hier immer noch das Einzugsgebiet. Also ich habe solche Gruppen mit
169 Genuss in der Stadt Bern erlebt und auch wie viel Tabus man brechen kann und wie
170 viel Prävention man leisten kann. Es ist natürlich in einer Stadt Bern ein ganz ande-
171 res Einzugsgebiet. Man konnte kommen, konnte da sein. Bei uns ist das auch immer
172 eine Organisationsfrage, oder? Wir können dann ja nicht in Zermatt eine Gruppe ma-
173 chen, in Visp eine Gruppe und im Goms. Sondern man wäre darauf angewiesen,
174 dass sie hierher kommen und das ist auch wieder ein Aufwand, welcher nicht ganz
175 einfach zu organisieren ist. Aber es gäbe Wege, denke ich und Ressourcen, wenn
176 wir dies machen könnten, gäbe es von unserer Seite sicher auch Angebote, wo man
177 gute Sachen machen könnte.

178 S: Gut, dann wäre es das. Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit genommen haben.

C. Beispielanfrage der Probanden für die Teilnahme am Interview

Simone Pfammatter
Sandstrasse 42A
3904 Naters

Adresse

Naters, 14. Mai 2009

Anfrage zur Teilnahme an einem Interview für meine Diplomarbeit

Sehr geehrte Damen und Herren

Mein Name ist Simone Pfammatter, ich absolviere mein Studium berufsbegleitend an der Fachhochschule für Soziale Arbeit Wallis und stehe kurz vor meinem Abschluss zur Sozialarbeiterin. Im Rahmen meiner Diplomarbeit zum Thema „Kinder von psychisch kranken Eltern“ bin ich an einem Interview mit Fachpersonen Ihrer Institution interessiert.

Mit diesem Schreiben bitte ich Sie um die Einwilligung, mit je einem Mitarbeiter/einer Mitarbeiterin aus dem ambulanten Bereich und einem Mitarbeiter/einer Mitarbeiterin aus dem stationären Bereich ein Interview zu führen.

Mit Ihrer Zusage geben Sie mir die Möglichkeit aufzuzeigen, wie Fachpersonen des psychosozialen Versorgungssystems für Erwachsene mit Kindern von psychisch kranken Eltern umgehen und ob sie Interventionen sie für diese ergreifen.

Das Leitfadeninterview wird rund 45 Minuten dauern. Alle Daten werden von mir anonymisiert und vertraulich behandelt. Gerne werde ich Ihnen ein Exemplar meiner wichtigsten Ergebnisse zukommen lassen.

Ich werde mich nächste Woche telefonisch mit Ihnen in Verbindung setzen um abzuklären, ob zwei Ihrer Mitarbeiter grundsätzlich bereit wären, meine Interviewfragen zu beantworten.

Für Ihre Bemühungen bedanke ich mich herzlich.

Freundliche Grüsse

Simone Pfammatter

D. Kategorienraster der Interviews

Kategorienraster, Interview A

Kategorie	Zeile	Nr.	Paraphrase	Generalisierung	Nr.	Reduktion
Kategorie 1 Erfassung Familiensystem	8-9	1	Ja, also wir machen eine Bedarfsabklärung und da wird die genaue Familiensituation erfasst.	Familiensituation wird bei Bedarfsabklärung erfasst.	1	Familiensituation wird durch die Bedarfsabklärung beim Erstgespräch oder über den anmeldenden Arzt erfasst. (1,2)
	14-16	2	In der Regel beim Erstgespräch. Es kommt immer ein bisschen darauf an, wie die Leute bei uns gemeldet werden. Ob über einen Arzt, wo die Informationen dann schon kommen vom dem Arzt oder bei einer Erstbegegnung.	Familiensituation wird im Erstgespräch oder über anmeldenden Arzt erfasst.		
Kategorie 2 Betreuung der Kinder	28-32	1	Ja ganz klar, also das ist ein sehr wichtiger Auftrag auch von uns. Also wir arbeiten ja nicht direkt mit den Kindern, in der Regel da versuchen wir andere Stellen dann beizuziehen, aber es ist sicher ein wichtiger Auftrag von uns, dass eben eine familiäre Situation erfasst wird und wenn Kinder da sind, abzuklären, ja wie werden die betreut.	Ja ganz klar, in der Regel versuchen wir andere Stellen beizuziehen.	2	Die Betreuung wird abgeklärt und falls nötig SMZ, AKS oder die sozialpädagogische Familienhilfe eingeschaltet. (1,2,3)
	37-41	2	In der Regel wenden wir uns ans SMZ oftmals. Zum Abklären, was ist schon gemacht. Und oftmals habe ich jetzt mit dem Amt für Kindes-	Wir wenden uns ans SMZ, AKS oder die sozialpädagogische Familienhilfe.		

	45-46	3	<p>schutz zu tun. Das ist eigentlich so die Schiene die ich bis jetzt hatte und dann die sozialpädagogische Familienhilfe die wird dann in der Regel wiederum vom Amt für Kinderschutz eingeschaltet.</p> <p>Ja eigentlich mehr so als wie eine Art Case-management. Wir schauen dann was ist und versuchen zu organisieren was nicht ist in der Betreuung von den Kindern.</p>	Wir arbeiten wie case-manager		
Kategorie 3 Information über Krankheit	57-60	1	Bis jetzt hatte ich noch nie einen Fall wo das nötig gewesen wäre oder Sinn gemacht hätte, weil die Kinder zu klein waren oder ich zu frisch im System noch bin. Aber ich finde es eigentlich wichtig und ich empfehle den Eltern auch da möglichst transparent zu sein zu den Kindern.	Information an die Kinder ist noch nie nötig gewesen.	3	Keine Information an die Kinder durch die Fachperson. (1)
Kategorie 3.1 Kontext der Informationsvermittlung			---			
Kategorie 3.2 Information über Medikamente			---			
Kategorie 3.3 Informationen über den Umgang mit dem erkrankten Elternteil			---			
Kategorie 3.4 Informationen zur Vererbbarkeit			---			

Kategorie 3.5 Informationen zur Frage der Schuld			---			
Kategorie 3.6 Vermitteln von Stellen zur Information	65-66 70-71	1	Ja da wär sicher das ZET, also ja die das ZEP? ZET? Das Zentrum für Entwicklung und Dingsbums... Das gebe ich sehr oft an, wenn ich merke dass ja auch Probleme mit den Kindern oder bei den Kindern bestehen, dass sie sich dahin wenden.	Verweist auf das ZET, ist sich aber nicht sicher, was ZET bedeutet.	4	Kennt das ZET, jedoch nicht genau die Bedeutung (1)
Kategorie 3.7 Vermitteln von Stellen zur Information ohne Anwesenheit der Eltern	76-77	1	Da würde ich einfach die Telefonnummer angeben, aber ich hatte diesen Fall noch nie. Würd mich dann informieren, wenn ich sowas hätte	Hatte diesen Fall noch nie.	5	Kennt keine Anlaufstellen (1)
Kategorie 4.1 Verhaltensauffälligkeiten der Kinder wahrnehmen	81-83 83-86	1 2	Also oftmals geschieht das auch dem Gespräch mit den Eltern, da sind die Kinder auch da und da kann ich die beobachten und merke dann sehr schnell eigentlich ob eben Auffälligkeiten da sind oder nicht. Aber meistens geschieht das aus der Anamnese oder weil ich ja, ich gehe ja alle Wochen ein- bis zweimal zu den Eltern und dann merke ich sehr bald, ob da Schwierigkeiten da sind oder nicht, die sich dann auf die Kinder auch auswirken	Auffälligkeiten werden während den Gesprächen mit den Eltern zu Hause wahrgenommen. Verhaltensauffälligkeiten gehen aus der Anamnese hervor.	6	Verhaltensauffälligkeiten gehen aus der Anamnese hervor oder werden durch Beobachtung wahrgenommen. (1,2)
Kategorie 4.2 Spezialisierte Stellen einschalten	90-94	1	Das kommt auf die Dringlichkeit an. Also ist das Kind wirklich ganz akut gefährdet oder geht's so knapp und müsste einfach möglichst bald etwas gemacht werden. Ja, ich versuche immer mit den Eltern das	Je nach Dringlichkeit beim AKS oder ZET intervenieren.	7	AKS oder ZET werden einbezogen. (1)

			zusammen zu machen. Aber wenn ich jetzt merke, ein Kind ist wirklich gefährdet von den Eltern aus, dann würde ich sofort intervenieren beim Amt für Kinderschutz oder eventuell beim ZET.			
Kategorie 5.1 Nichtwahrnehmen der Erziehungsfunktion der Eltern bemerken	99-100	1	Also wir haben ja in der Regel ziemlich stark erkrankte Menschen und dann merkt man das sehr schnell, dass es nicht mehr geht.	Man merkt schnell, dass es nicht mehr geht, da wir stark erkrankte Menschen haben.	8	Man merkt schnell, dass es nicht mehr geht.(1)
Kategorie 5.2 Spezialisierte Stellen einschalten	104-108	1	Dann würden eben die, was ich vorher gesagt habe, die Massnahmen erfolgen. Also wenn das geht, mit dem Elternteil zusammen schauen, was könnte man mit dem Kind machen, oder eben wieder mit dem Amt für Kinderschutz, dass ich da eine Meldung mache. Wobei meistens komme ich in Systeme rein, wo das schon geschehen ist.	Ich mache eine Meldung beim AKS	9	AKS wird eingeschaltet. (1)
Kategorie 6 Handlungsbedarf im sozialpsychiatrischen System im Oberwallis	113-115	1	Ja ich denke es wäre gut wenn, schwere Frage (Pause) ja das Amt für Kinderschutz da (Pause) ich denke das wäre, da ist sicher eine bessere Zusammenarbeit noch möglich und nötig.	Bessere Zusammenarbeit zwischen AKS und uns.	10	Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen AKS und spspitex, zwischen AKS und den Eltern, zwischen AKS und der sozialpädagogischen Familienhilfe. Diese sollte vom AKS vermehrt gesprochen werden. (1,2,3)
	119-120	2	Und auch dann zum Teil vom Amt für Kinderschutz zu den Eltern und zu der Sozialpädagogischen Familienhilfe.	Bessere Zusammenarbeit zwischen AKS und Eltern und zwischen AKS und sozialpädagogischen Familienhilfe.	11	Mutter-Kind-Haus mit sozialpädagogischer Begleitung. (4)
	120-122	3	Für mich wird das zu wenig gesprochen, weil das muss immer vom Amt für Kinderschutz bewilligt oder angefordert werden. Und ich denke,	Die sozialpädagogische Familienhilfe wird vom AKS zu wenig gesprochen.		

	122-127	4	<p>da bräuchte es mehr oder auch...</p> <p>Ich habe jetzt zwei- drei Fälle wo ich sehr froh wäre es gäbe ein Mutter-Kind-Haus, wo die Mütter hin könnten für eine Zeit und sozialpädagogische Begleitung hätten. Wirklich sehr engmaschig für eine Zeit. Und ja (Pause) Und ich gehe immer davon aus, dass wenn ich zwei- drei Fälle habe, die ich betreue, dann gibt es noch ganz viele denen das gut tun würde. Und da gäb's denk' ich, ganz klar Nachholbedarf</p>	Mutter-Kind-Haus mit engmaschiger sozialpädagogischer Begleitung.		
--	---------	---	---	---	--	--

Kategorienraster, Interview B

Kategorie	Zeile	Nr.	Paraphrase	Generalisierung	Nr.	Reduktion
Kategorie 1 Erfassung Familiensystem	10-12	1	Ja normalerweise wird das, also wir machen ja eine Bedarfsabklärung wenn wir zu den Leuten gehen. Dann ist das klar, dass das erfasst wird.	Ja bei der Bedarfsabklärung, wenn wir zu den Leuten gehen.	1	Erfassung des Familiensystems geschieht durch die Bedarfsabklärung oder bei Anmeldung durch den Arzt. (1,2)
	17-19	2	Ja, oder bei der Anmeldung wird das natürlich über das auch informiert, wenn der Arzt eine Anmeldung macht, dann ist das klar, dass er auch sagt, dass da auch Kinder da sind.	Wenn der Arzt die Anmeldung macht, sagt er, dass da Kinder da sind.		
Kategorie 2 Betreuung der Kinder	28-30	1	Also wenn wir diese Klienten betreuen dann ist das klar, dass das ja abgeklärt wird, dass die überhaupt ja in die Klinik können, dass da eine Kinderbetreuung vorhanden ist.	Kinderbetreuung wird abgeklärt.	2	Kinderbetreuung wird mit Klient/in, Bezugspersonen oder AKS geklärt. (1,2)
	34-37	2	Also das klärt man sicher zuerst mal mit dem Klient, oder der Klientin oder Bezugspersonen die sonst noch vorhanden sind. Und häufig ist das Amt für Kinderschutz auch noch involviert. Also, dass da die Zusammenarbeit mit denen auch noch da ist zum da eine Lösung zu finden.	Klärungen mit Klient/in oder Bezugspersonen oder Zusammenarbeit mit AKS.		
Kategorie 3 Information über Krankheit	41-44	1	Also das überlasse ich normalerweise dem Arzt. Also jetzt wenn Fragen kommen von den Kindern schon, aber ich denke es ist gut wenn sie mal vor allem am Anfang	Informationen an die Kinder überlasse ich dem Arzt, wenn Fragen kommen, gebe ich Auskunft.	3	Keine Informationen an die Kinder. (1,2)

	49-51	2	für ein Gespräch zum Arzt mitgehen, dass er das mal macht. Und wenn danach Fragen kommen, da gebe ich natürlich Auskunft. Also ich habe jetzt schon mehrere Kinder auch gehabt, die fragen eigentlich eher selten. Die weichen dem eher ein bisschen aus, so mit den Fragen jetzt. Bei mir so.	Kinder fragen selten, weichen dem aus.		
Kategorie 3.1 Kontext der Informationsvermittlung			---			
Kategorie 3.2 Information über Medikamente			---			
Kategorie 3.3 Informationen über den Umgang mit dem erkrankten Elternteil	56-59	1	Ja, wenn sie ein bisschen älter sind schon, wenn sie noch kleiner sind, ist das noch schwierig. Du kannst ja nicht einem vier jährigen einen Tipp geben, wie er mit der depressiven Mutter umgehen muss. Also bei einer Familie habe ich eine 14 jährige Tochter gehabt und da kann man das dann schon, mit diesen absprechen.	Wenn die Kinder älter sind, kann man den Umgang mit dem erkrankten Elternteil absprechen.	4	Nur, wenn die Kinder älter sind.
Kategorie 3.4 Informationen zur Vererbbarkeit			---			
Kategorie 3.5 Informationen zur Frage der Schuld						
Kategorie 3.6 Vermitteln von Stellen zur Information	41-44	1	Also das überlasse ich normalerweise dem Arzt. Also jetzt wenn Fragen kommen von den Kindern schon, aber ich denke es ist gut wenn sie mal vor allem am Anfang für ein Gespräch zum Arzt mitge-	Informationen durch den Arzt.	5	Informationen durch den Arzt oder das ZET, wobei die Bedeutung von ZET unklar ist. (1,2)

	65-66 70-71	2	<p>hen, dass er das mal macht. Und wenn danach Fragen kommen, da gebe ich natürlich Auskunft.</p> <p>Also da gibt es ja noch das ZEP, nein nicht das ZEP, das ZIP oder was ist jetzt das für Erziehung. ZET ja, da sind ja die Kinder meistens auch drin. Häufiger haben sie ja auch schulische Probleme und die sind meistens ja auch dort ja auch betreut.</p>	Verweist auf das ZET, kenn aber nicht die genaue Bedeutung.		
Kategorie 3.7 Vermitteln von Stellen zur Information ohne Anwesenheit der Eltern	76-78	1	Also es gibt ja jetzt auch einen Jugendpsychiater, aber da werden die Eltern wahrscheinlich ja schon auch informiert, aber das habe ich jetzt noch nie erlebt. Aber wahrscheinlich könnten die da auch ohne Eltern gehen.	Eventuell beim Jugendpsychiater, ist aber nicht sicher, ob die Kinder ohne Eltern hingehen können.	6	Die dargebotene Hand und ev. beim Jugendpsychiater, ist aber unsicher darüber. (1,2)
	78-81	2	Und ich denke was so Kinder also was ich auch höre sonst viel, dass diese Kinder die dargebotene Hand auch noch gebrauchen, wenn sie in der Not sind. Also vor allem wenn niemand da ist, also dann wird die häufiger gebraucht.	Informationen durch die dargebotene Hand.		
Kategorie 4.1 Verhaltensauffälligkeiten der Kinder wahrnehmen	87-89	1	Ja also ich sehe das schon direkt, eben es braucht ja eine Zeit bis mal eine Beziehung da ist zu den Kindern und dann fällt ja mir das auch auf und das ist sicher auch durch Äusserungen die die Eltern machen.	Verhaltensauffälligkeiten werden bei den Besuchen zu Hause direkt, oder durch die Äusserungen der Eltern wahrgenommen.	7	Verhaltensauffälligkeiten werden durch Beobachtung oder Äusserungen der Eltern wahrgenommen. (1)
Kategorie 4.2 Spezialisierte Stellen einschalten	94-95	1	Ja eben, dass ich den Eltern auch anrate, dass sie die Erziehungsberatung in Anspruch nehmen oder den jugendpsychiatrischen Dienst.	Die Eltern werden an die Erziehungsberatung oder den jugendpsychiatrischen Dienst verwiesen.	8	Die Eltern werden an die Erziehungsberatung, den jugendpsychiatrischen Dienst oder das AKS verwiesen, müssen aber selber

	99-100	2	Ja oder auch das Amt für Kinderschutz, das ist ja auch eigentlich zur Unterstützung da.	Die Eltern werden an das AKS verwiesen.		Meldung machen. (1,2)
Kategorie 5.1 Nichtwahrnehmen der Erziehungsfunktion der Eltern bemerken			Keine spezifische Nachfrage im Interview.			
Kategorie 5.2 Spezialisierte Stellen einschalten	105	1	Eben, das läuft dann auch über das Amt für Kinderschutz.	Läuft über AKS.	9	Eine Meldung beim AKS wird gemacht.
Kategorie 6 Handlungsbedarf im sozialpsychiatrischen System im Oberwallis	114-115	1	Ja, das ist also, es gibt ja nicht ein spezielles Betreuungsangebot jetzt so für Kinder von psychisch kranken Eltern.	Schaffung eines Betreuungsangebotes speziell für Kinder von psychisch kranken Eltern.	10	Schaffung eines kostengünstigen Betreuungsangebotes speziell für Kinder von psychisch kranken Eltern, wo die Kinder von Fachpersonen betreut werden und trotzdem bei ihren Eltern zu Hause wohnen bleiben könnten. (1,2,3)
	120-122	2	...wie da noch mehr die Möglichkeit bestehen würde, dass diese Eltern die Kinder auch irgendwo hin geben könnten, wo Fachpersonen diese Kinder auch betreuen.	Betreuung durch Fachpersonen.		
	132-133	3	Das müsste aber auch möglichst kostengünstig sein, weil dies ja häufig auch Familien sind, die nicht gerade im Geld schwimmen.	Das Angebot müsste kostengünstig sein.		
	139-143		Die Kinder fremdplatzieren ist ja auch ein sehr massiver Eingriff, was die Kinder häufig auch nicht möchten, darum denke ich, wäre es gut, wenn es Möglichkeiten gäbe, dass die Kinder auch mehr ausserhalb betreut sind und trotzdem noch zu Hause sein könnten.	Ein Angebot mit Betreuung ausserhalb, wo die Kinder trotzdem zu Hause bleiben könnten.		

Kategorienraster, Interview C

Kategorie	Zeile	Nr.	Paraphrase	Generalisierung	Nr.	Reduktion
Kategorie 1 Erfassung Familiensystem	11-15	1	Bei der Anmeldung direkt noch nicht, aber bei dem Erstgespräch gehört das natürlich dazu, unbedingt zu fragen, wie ist die Familienkonstellation, was gibt es für wichtige Bezugspersonen, auch im Umfeld einer Familie. Das gehört natürlich zu einem systemisch vernetzten Denken und Handeln unbedingt dazu. Also es wäre ein grober Fehler, wenn da jemand nicht konkret nachfragen würde.	Beim Erstgespräch gehört es dazu, zu fragen, wie die Familienkonstellation ist.	1	Das Familiensystem wird beim Erstgespräch erfasst. (1,2)
	24-26	2	Das Alter der Kinder sollte auch erfasst werden. Es gibt ja das so genannte Genogramm, das man erheben sollte, mit eben der ganzen Familienkonstellation. Mit den einzelnen Mitgliedern der Familie, mit dem Alter der Mitglieder der Familie,...	Das Alter der Kinder wird durch das Genogramm erfasst.		
Kategorie 2 Betreuung der Kinder	38-43	1	Das kann ich Ihnen, weil ich im Ambulatorium bin und hier verantwortlich bin als Leiter, nicht sagen, wie sie das im stationären Bereich jetzt im Detail machen. Da müssen Sie Frau Kästner und Frau Brieden fragen. Für mich würde es in jedem Fall dazugehören, absolut. Es ist ja allgemein so, dass man unbedingt schauen müsste, wie geht es auch den Kindern, nicht nur wie geht es einem Patienten und seinem Part-	Die Abklärungen sollten vom stationären Bereich gemacht werden. Wie es in der Realität funktioniert, kann ich nicht sagen.	2	Die Betreuung wird nicht abgeklärt, dies machen die zuständigen Ärzte im stationären Bereich. (1)

	48-49		ner, sondern vor allem auch den Kindern. Gerade bei psychischen Krankheiten. Sollte gemacht werden. Gehören eigentlich unbedingt dazu, wie es in der Realität aber funktioniert, das kann ich Ihnen nicht sagen.			
	53-59		Es wird ja bei schwierigen Familienkonstellationen denke ich, auch im stationären Bereich, jetzt immer der Sozialarbeiter, den wir im PZO auch haben, beigezogen oder er sollte beigezogen werden. Der dann auch diesen Fragen, auch zusammen mit anderen Institutionen, nachgehen könnte. Wie würden die Kinder betreut werden, im Falle einer Hospitalisation von einem Elternteil, selten mal sind es ja auch beide Elternteile, die in der Klinik sind.	In schwierigen Familiensituationen könnte der Sozialarbeiter vom PZO beigezogen werden.		
Kategorie 3 Information über Krankheit	65-70	1	...gehört es unbedingt dazu, die Kinder in eine Therapie mit einzubeziehen. Einerseits um sie über eine Krankheit zu informieren, andererseits aber auch um zu schauen wie, wie sind die Schwierigkeiten, die Belastungen in einer Familie und da haben die Kinder auch häufig etwas dazu zu sagen, zu diesem Thema. Man sollte dann auch in die Therapie bei schwereren Störungen auch die Kinder mit einbeziehen. Nicht nur zur Information, sondern auch aus therapeutische Gründen.	Es gehört unbedingt dazu, die Kinder in die Therapie mit einzubeziehen. Einerseits um sie über die Krankheit zu informieren, andererseits um Belastungen und Schwierigkeiten zu eruieren.	3	Die Krankheit wird den Kindern in einer für Kinder verständlichen Sprache erklärt, dabei wird am bereits vorhandenen Verständnis der Kinder angeknüpft. (1,2,3)
	82-86	2	Informativ denke ich, wäre es immer eine Verpflichtung, wenn eine schwerere Störung da sind und die	Informativ wäre es immer eine Verpflichtung, den Kin-		

	91-95	3	<p>Kinder da sind, die nicht wissen, was ist mit meinem Vater, was ist mit meiner Mutter los, dass man sie auch als Fachperson mit einlädt um ihnen das auf gute Art in einer für Kinder verständlichen Sprache auch erklären zu können.</p> <p>Einfach in einer kindsgerechten Sprache wie die Störung erklären, die Belastungen, die vielleicht zu dieser Störung, diesem veränderten Erleben oder Verhalten des Vaters oder der Mutter geführt hat, zu erklären. Bevor ich aber in solchen Situation jeweils selber etwas sage, frage ich immer die Kinder, was denkst du, was ist mit der Mutter oder dem Vater los? ... Und versuche dann so mit ihnen in einen Dialog zu kommen auch dort anzuknüpfen, bei ihrem eigenen Verständnis, bei ihren eigenen Ideen und dann noch meinen Teil da auf gute verständliche Art einzubauen.</p>	<p>dern die Krankheit auf gute Art in einer für Kinder verständlichen Sprache zu erklären.</p> <p>Die Krankheit und Belastungen werden in einer kindsgerechten Sprache erklärt, hierzu wird am Verständnis der Kinder angeknüpft.</p>		
Kategorie 3.1 Kontext der Informationsvermittlung	65 72-73	1	...die Kinder in eine Therapie mit einzubeziehen. ... sie werden auch zusammen mit ihren Eltern eingeladen.	Die Kinder werden in die Therapie mit einbezogen und mit ihren Eltern zusammen eingeladen.	4	Zur Informationsvermittlung werden die Kinder mit ihren Eltern zu einer gemeinsamen Sitzung eingeladen. (1)
Kategorie 3.2 Information über Medikamente	108-116	1	...manchmal haben Medikamente auch Nebenwirkungen und dann ist es vielleicht auch sinnvoll oder notwendig auch das zu erklären. Bei einem jüngeren Kind, das noch nicht so versteht, was sind Medikamente oder so, ist es vielleicht nicht nötig oder sagt man, die Mutter oder der Vater muss jetzt etwas nehmen, was auch hilft, dass sie	Informationen über die Medikamente und Nebenwirkungen werden an die Kinder weitergegeben. Hierzu ist wieder auf die kindsgerechte Sprache zu achten.	5	Kinder werden ihrem Alter entsprechen über die Medikamente und deren Nebenwirkungen informiert. (1)

			wieder gesund werden kann. Manchmal ist das Verhalten des Vaters oder der Mutter etwas verändert, aber die Medikamente sollten eigentlich zusammen mit den Gesprächen helfen, dass es Mutter oder Vater wieder besser geht. Wir versuchen das hier zu machen.			
Kategorie 3.3 Informationen über den Umgang mit dem erkrankten Elternteil	127-134	1	Also zum Beispiel; was würdest du wünschen, was könnte die Mutter oder der Vater tun, dass es dir gut geht? Aber umgekehrt, was könntest du vielleicht von deiner Seite her tun, damit es Vater und Mutter auch gut geht? Was denkst du, wenn es der Mutter nicht gut geht, was würde sie sich wünschen von dir? Es ist halt so im Dialog erarbeiten, man kann nicht einfach so sagen, so und so muss man es immer machen, man muss immer schauen, was für eine Situation präsentiert sich, in welcher Verfassung sind die Kinder, in welcher Situation sind die Kinder.	Je nach Situation wird mit den Kindern erarbeitet, wie sie sich im Umgang mit den Eltern verhalten sollen.	6	Je nach Situation wird der Umgang mit dem erkrankten Elternteil zusammen mit dem Kind erarbeitet. Den Kindern wird gesagt, dass sie ein normales Leben als Kind weiterführen sollen, ohne Schuldgefühle haben zu müssen. (1,2)
	134-144	2	Es ist übrigens ganz wichtig den Kindern auch zu sagen dass auch wenn Mutter oder Vater krank sind, körperlich oder psychisch, dass sie gleich ihre Kontakte weiterführen sollen. Dass sie ihre Aktivitäten mit andern Kinder, das Spielen zusammen, die Schule natürlich, einfach dieser Kontakt nicht abreisst zu den Kolleginnen und Kollegen und dass sie versuchen, soweit wie möglich ein normales Leben weiterzuführen als Kind. Es ist wichtig,	Es ist wichtig, den Kindern zu sagen, dass sie soweit wie möglich ein normales Leben als Kind weiterführen, ohne dass sie Schuldgefühle haben müssen.		

			das so zu sagen, weil die Kinder haben oft Schuldgefühle, wenn dann Mutter oder Vater krank sind und sie möchten gerne spielen gehen, haben sie Schuldgefühle. Kann ich jetzt oder darf ich jetzt das machen wenn die Mutter krank ist? Und das ist wichtig, auch in Absprache mit den Eltern, den Kindern das zu sagen, sie dürfen das tun, sie müssen nicht Schuldgefühle haben.			
Kategorie 3.4 Informationen zur Vererbbarkeit			---			
Kategorie 3.5 Informationen zur Frage der Schuld	136-144	1	Dass sie ihre Aktivitäten mit andern Kinder, das Spielen zusammen, die Schule natürlich, einfach dieser Kontakt nicht abreisst zu den Kolleginnen und Kollegen und dass sie versuchen, soweit wie möglich ein normales Leben weiterzuführen als Kind. Es ist wichtig, das so zu sagen, weil die Kinder haben oft Schuldgefühle, wenn dann Mutter oder Vater krank sind und sie möchten gerne spielen gehen, haben sie Schuldgefühle. Kann ich jetzt oder darf ich jetzt das machen wenn die Mutter krank ist? Und das ist wichtig, auch in Absprache mit den Eltern, den Kindern das zu sagen, sie dürfen das tun, sie müssen nicht Schuldgefühle haben.	Den Kindern wird mitgeteilt, dass sie ihr Leben soweit wie möglich normal weiterführen sollen, ohne Schuldgefühle haben zu müssen. Auch wenn ihr Elternteil krank ist, können sie sich mit Kollegen und Kolleginnen treffen.	7	Den Kindern wird mitgeteilt, dass sie ihr Leben soweit wie möglich normal weiterführen sollen, ohne Schuldgefühle haben zu müssen. (1)
Kategorie 3.6 Vermitteln von Stellen zur Information	153-157	1	Ja, sicher im ZET, im Zentrum für Entwicklung und Therapie, frühere Erziehungsberatung oder schulpsychologischer Dienst, das ist eine ganz gute Möglichkeit. Wenn sie	Das ZET, oder ein Kinderarzt, wenn Vertrauen zu ihm besteht, oder beim PZO.	8	Das ZET, ein Kinderarzt oder das PZO. (1)

	157-158	2	<p>vertrauen haben zu einem Kinderarzt könnten sie natürlich da Informationen erhalten oder bei einem Hausarzt, bei uns.</p> <p>Vielleicht auch in einem Sozialdienst, aber da haben sie vielleicht nicht so Zugang als Kinder.</p>	Beim Sozialdienst, aber da haben sie nicht so Zugang als Kinder.		
Kategorie 3.7 Vermitteln von Stellen zur Information ohne Anwesenheit der Eltern	163	1	Ja, zum Beispiel im ZET können sie natürlich auch sich spontan melden.	Kinder können sich im ZET spontan melden.	9	Das ZET, PZO, wenn die Kinder älter sind, oder andere Vertrauenspersonen wie Lehrpersonen, Onkel oder Tanten. (1,2,3)
	163-168	2	Sie können sich auch hier selber melden, wenn die Kinder schon etwas älter sind, 12 Jahre, 14 Jahre, 16 Jahre, und eine gewisse Selbstständigkeit haben um auch so ein Telefonat zu machen, können sie sich jederzeit natürlich selber auch melden. Bei kleineren Kindern ist es dann schwierig, dass sie sich getrauen, sich selber zu melden.	Sie können sich im PZO melden, wenn sie etwas älter sind und eine gewisse Selbstständigkeit haben.		
	168-172	3	Es ist natürlich auch so, dass es wichtig wäre, dass sich Kinder überhaupt an gute Vertrauenspersonen wenden, dass können auch Lehrpersonen sein oder irgendjemand, ein Onkel oder eine Tante. Dass dann vielleicht über so eine natürliche Bezugsperson ein Kontakt hier, zu uns Fachpersonen, hergestellt werden kann.	Bei Vertrauenspersonen wie Lehrpersonen, Onkel oder Tanten, dass so ein Kontakt zu Fachpersonen hergestellt werden kann.		
Kategorie 4.1 Verhaltensauffälligkeiten der Kinder wahrnehmen	207	1	Häufig von den Eltern, meistens zuerst von den Eltern.	Verhaltensauffälligkeiten der Kinder werden meistens von den Eltern angesprochen.	10	Meistens werden Verhaltensauffälligkeiten der Kinder von den Eltern angesprochen, manchmal sieht man es direkt, wenn sie zur Therapie mitkommen. (1,2)
	212-216	2	Manchmal, natürlich wenn dann die Kinder auch mitkommen, sieht man, kann man sich dann selber auch ein	Zusätzlich zu den Informationen der Eltern werden Verhaltensauffälligkeiten der		

			Bild machen, zusätzlich zu den Informationen von Seiten der Eltern. Dann sieht man ob jemand, ob ein Kind sehr gehemmt ist, sehr selber sehr belastet ist, auch traurig ist, ob es aggressiv ist, ob es sehr agitiert, unruhig, nervös ist und solche Dinge.	Kinder wahrgenommen, wenn sie mit zur Therapie kommen.		
Kategorie 4.2 Spezialisierte Stellen einschalten	224-229	1	...wenn grössere Probleme bei den Kindern auch da sind, kann man das in die Therapie mit einer Familie mit einbeziehen, was der Idealfall wäre. Dass man die vorhandene Schwierigkeiten, Störungen und Probleme gemeinsam bearbeitet oder ist es allenfalls nötig, dass zusätzlich eine spezifische kinderorientierte Therapie noch nötig ist, zum Beispiel bei Kinder- und Jugendpsychologen, Psychotherapeuten, Kinder- Jugendpsychiatern.	Die Probleme der Kinder werden in die Therapie miteinbezogen, wenn grössere Probleme vorliegen, wird eine zusätzliche spezifische kinderorientierte Therapie bei Kinder- und Jugendpsychologen, Psychotherapeuten, Kinder- Jugendpsychiatern eingeleitet.	11	Es wird eine Meldung an Kinder-Jugendpsychologen, Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendpsychiatern gemacht. (1,2)
	235	2	Jawohl, das geht gewöhnlich dann so. [dass ich eine Meldung mache]	Ich mache eine Meldung an die entsprechenden Stellen.		
Kategorie 5.1 Nichtwahrnehmen der Erziehungsfunktion der Eltern bemerken	242-245	1	Ja, natürlich wenn die Störung schwer ist, die psychische Störung und jemand den Realitätsbezug verliert, also eine ganz schwere psychische Erkrankung hat, wo er einfach den Bezug zur Realität nicht mehr richtig hat und sehr eingeschränkt ist, das wäre so eine Situation.	Wenn die psychische Störung schwer ist und jemand den Realitätsbezug verliert.	12	Wenn die psychische Störung schwer ist und jemand den Realitätsbezug verliert oder wenn Kinder vernachlässigt werden oder nicht kindsgerecht unterstützt werden. (1,2)
	245-246	2	Wenn man sieht, die Kinder werden vernachlässigt, nicht kindsgerecht unterstützt.	Wenn Kinder vernachlässigt werden oder nicht kindsgerecht unterstützt werden.		

Kategorie 5.2 Spezialisierte Stellen einschalten	251-252	1	Wiederum das ZET, Zentrum für Entwicklung und Therapie, allenfalls das AKS, Amt für Kinderschutz. Rückfragen bei Hausarzt oder Kinderarzt gehören auch dazu.	Das ZET, AKS oder Hausarzt und Kinderarzt.	13	Das ZET, AKS oder Haus- und Kinderarzt. (1)
	255-258	2	...muss man immer auch fragen, gibt es auch andere Institutionen die schon involviert sind, gibt es andere Hilfspersonen die schon involviert sind. Das ist ganz wichtig, damit man die miteinbeziehen kann und dann koordiniert vorgehen kann	Nachfragen, welche Institutionen bereits involviert sind, damit koordiniert vorgegangen werden kann.		
Kategorie 6 Handlungsbedarf im sozialpsychiatrischen System im Oberwallis	265-268	1	Das ist noch eine schwierige Frage. Vielleicht müsste da auch das ZET noch ein bisschen mehr oder das Amt für Kinderschutz auch noch mehr, so von unsere Arbeit her, glaub ich, kann man sagen, im Grossen und Ganzen funktioniert es eigentlich, glaube ich, recht gut.	Vielleicht müsste das ZET oder AKS noch mehr... Vom PZO her funktioniert es recht gut.	14	Handlungsbedarf seitens ZET oder AKS, vom PZO funktioniert es gut. (1)
	274-275	2	Grundsätzlich habe ich den Eindruck, von den äusseren Strukturen her sind eigentlich genügend Möglichkeiten da.	Grundsätzlich sind genügend Möglichkeiten da bezüglich äusseren Strukturen.	15	Genügend Möglichkeiten bez. äusseren Strukturen vorhanden. (2)

Kategorienraster, Interview D

Kategorie	Zeile	Nr.	Paraphrase	Generalisierung	Nr.	Reduktion
Kategorie 1 Erfassung Familiensystem	15	1	Ja, da [beim Erstgespräch] wird das erfasst.	Das Familiensystem wird beim Erstgespräch erfasst.	1	Das Familiensystem wird beim Erstgespräch erfasst. (1)
Kategorie 2 Betreuung der Kinder	23-24	1	Also wir fragen die Eltern oder die Angehörigen wo die Kinder sind. Wir fragen das ab.	Die Eltern oder Angehörigen werden gefragt, wo die Kinder sind.	2	Die Betreuung wird nicht abgeklärt. (1,2,3)
	29-30	2	Das ist nicht unser Problem, nein. Darum müssen sich die Familien kümmern oder dann die Sozialarbeiter.	Die Familien müssen sich selber um die Betreuung kümmern.		
	34	3	Also dort [Verweis an spezialisierte Stellen] sind wir eigentlich dann weniger aktiv.	Die Familien werden nicht an entsprechende Stellen verwiesen.		
	188-192	4	...für Schulkindern, für diese gibt es immer Möglichkeiten, gerade bei Nachbarn oder so. Wenn wir so was wissen, der Vater muss arbeiten, kann keine Ferien nehmen, dann schauen wir schon mit den sozialmedizinischen Zentren oder dem Amt für Kinderschutz, dass die etwas organisieren. Wir sind eigentlich so die Schnittstelle und geben den Auftrag dann weiter.	Vernetzung mit SMZ oder AKS, damit eine Betreuung organisiert wird. [Nachtrag bei der Abschlussfrage, jedoch nicht erwähnt bei der spezifischen Frage danach, deshalb gehe ich davon aus, dass die Betreuung nicht abgeklärt wird]		
Kategorie 3 Information über Krankheit	38-41	1	Es kommt aufs Alter der Kinder an und was die Kinder im Haushalt für eine Rolle spielen. Das ist ein Unterschied. Sind es kleine Kinder, sind es Schulkinder, sind es schon Jugendliche die vielleicht sowieso schon die Eltern im Haushalt un-	Es kommt darauf an, wie alt die Kinder sind und welche Rolle sie im Haushalt spielen.	3	Kleinkinder werden nicht informiert. Schulkinder und Jugendliche werden altersentsprechend über psychische Krankheiten allgemein informiert, jedoch nur mit therapeutischem Hintergrund und nicht breit bei jedem.

	46-47	2	terstützen, das ist ganz unterschiedlich. ... nein bei Kleinkindern führen wir keine Gespräche. Nein, sicher nicht.	Kleinkinder werden nicht informiert.		(1,2,3,4)
	52-62	3	... wenn jetzt zum Beispiel der Patient hospitalisiert ist und die Frau kommt und bringt die Kinder mit, dass wir dann sagen, gut okay, die können hier mit im Raum sein, die können irgendwo in der Ecke spielen. Oder grössere Kinder, die tun wir dann auch ins Gespräch einbeziehen, aber nicht bei jedem... Ich denke so ab Schulalter oder im jugendlichen Alter. Wir machen das nicht breit bei jedem, dass wir immer die Kinder einladen, sondern es muss auch eine therapeutische Überlegung dahinter stehen.	Kleinere Kinder können mit im Raum sein und in der Ecke spielen, Schulkinder und Jugendliche werden ins Gespräch miteinbezogen, jedoch nur mit therapeutischem Hintergrund und nicht breit bei jedem.		
	71-75	4	Also sicherlich altersentsprechend aufklären, dass die Eltern eine psychische Erkrankung haben, dass man sagt, ja dass sind Erkrankungen die kann man haben, ähnlich wie jemand einen Bluthochdruck hat oder eine Herzerkrankung, haben halt Mama oder Papa jetzt diese Erkrankung. Dadurch sind die verändert. Also so was machen wir dann alters entsprechend. Wir nennen nicht unbedingt die Diagnose...	Kinder werden altersentsprechend über psychische Krankheiten allgemein informiert, jedoch nicht über die spezifische Diagnose.		
Kategorie 3.1 Kontext der Informationsvermittlung	58-59	1	...dass wir eine Familiensitzung machen, wo die Kinder mitkommen und auch die Geschwister mitkom-	Die Kinder werden zu einer Familiensitzung eingeladen.	4	Kinder werden zu einer Familiensitzung eingeladen. (1)

			men.			
Kategorie 3.2 Information über Medikamente	86-89	1	Jugendliche haben ja manchmal auch schon sehr viel Verantwortung in Familien mit psychisch kranken Eltern... dann sagen wir schon, die Mutter nimmt regelmässig Medikamente... Aber mit Schulkindern oder kleineren Kindern sicher nicht.	Jugendliche werden über die Medikamenteneinnahme informiert, da sie manchmal viel Verantwortung tragen, Kleinkinder und Schulkinder jedoch nicht.	5	Jugendliche werden über die Medikamenteneinnahme informiert, Kleinkinder und Schulkinder jedoch nicht. (1)
Kategorie 3.3 Informationen über den Umgang mit dem erkrankten Elternteil	93-98	2	Das schauen wir sicherlich. Wir versuchen zu erklären aber versuchen möglichst Kinder zu entlasten. Weil wir wissen eben, Kinder von psychisch kranken Eltern haben oft schon sehr viel Verantwortung. Und da ist eigentlich unsere Intention in den Therapien die, dass wir schauen, gibt es da erwachsene Personen, die diese Verantwortung übernehmen können, können sie diese Kinder zu entlasten, damit Kinder wieder Kinder sein können.	Durch Einbezug anderer Erwachsener versucht man die Kinder zu entlasten, damit sie wieder Kinder sein können und nicht eine so grosse Verantwortung tragen müssen. jedoch keine direkten Informationen zum Umgang.	6	Keine direkten Informationen zum Umgang mit dem erkrankten Elternteil. Wenn Kinder viel Verantwortung tragen müssen, werden Erwachsene beigezogen, um sie zu entlasten. (1)
Kategorie 3.4 Informationen zur Vererbbarkeit			---			
Kategorie 3.5 Informationen zur Frage der Schuld			---			
Kategorie 3.6 Vermitteln von Stellen zur Information	111-112	1	Nein, nein, nein, nein, nein ich glaube nicht.	Nein.	7	Kennt keine anderen Anlaufstellen zur Informationsbeschaffung. (1)
Kategorie 3.7 Vermitteln von Stellen zur Information ohne Anwesenheit der Eltern	117-119	1	Ja, da gibt's ja Telefonnummern, die werden den Kindern von den Schulen abgegeben, wo die anrufen können. Da gibt es ja verschiedene Kontaktadressen.	Kontaktadressen, die den Kindern in der Schule abgegeben werden.	8	Kontaktadressen, die in der Schule abgegeben werden (Telefonnummern) oder ZET oder Jugendpsychiatrie. (1,2)
	119-121	2	...oder dass man sagt, ja wenn es Riesenprobleme mit den Kindern gibt, können sie zum ZET gehen	ZET oder Jugendpsychiatrie.		

			oder Jugendpsychiatrie.			
Kategorie 4.1 Verhaltensauffälligkeiten der Kinder wahrnehmen	127-129	1	Ja oft durch die Familienangehörigen. Dass da der Partner, der gesunde Partner oft sagt, dem Kind geht es schlecht oder Grosseltern oder Onkel oder Tanten, durch Familienangehörige meistens.	Verhaltensauffälligkeiten werden meistens durch andere Familienangehörige gemeldet.	9	Verhaltensauffälligkeiten der Kinder werden meistens durch andere Familienangehörige oder durch bereits involvierte Stellen gemeldet. (1,2)
	129-130	2	Oder es ist schon vom sozialmedizinischen Zentrum oder vom Jugendamt schon jemand drin, die uns dann informieren	Bereits involvierte Stellen informieren uns.		
Kategorie 4.2 Spezialisierte Stellen einschalten	135-136	1	Ja wir geben dann vielleicht dem Angehörigen die entsprechenden Stellen an, ZET oder Kinder- und Jugendpsychiatrie.	Die Angehörigen werden ans ZET oder Kinder- und Jugendpsychiatrie verwiesen.	10	Kinder- und Jugendpsychiatrie wird mit einbezogen. (2)
	140-143	2	...wenn sie dann auffällig sind, weisen wir weiter an die entsprechenden Institutionen. Die Kinder- und Jugendpsychiatrie ist ja bei uns gleich mit verankert. Das geht dann eigentlich schnell und unkompliziert.	Wir weisen die Kinder an die Kinder- und Jugendpsychiatrie weiter.		
Kategorie 5.1 Nichtwahrnehmen der Erziehungsfunktion der Eltern bemerken	148-149	1	Im stationären Bereich ist es natürlich so, wenn die Leute hospitalisiert sind, in dem Moment können sie die Erziehungsfunktion nicht wahrnehmen. ...Wir sehen ja, werden die gesünder, können die für sich sorgen. Klappt auf der Abteilung die Einteilung der Tagesstruktur.	Wenn die Patienten stationär hospitalisiert sind, können sie die Erziehungsfunktion nicht mehr wahrnehmen.	11	Wenn die Patienten stationär hospitalisiert sind. (1)
Kategorie 5.2 Spezialisierte Stellen einschalten	154-156	1	...meistens ist ja noch ein Elternteil da und wo der nicht da ist, ist ja meistens vom Amt für Kinderschutz meist noch jemand mit involviert.	Jemand vom AKS ist meist mit involviert.	12	AKS, Vormundschaftsbehörden, das ZET oder die Kinder- und Jugendpsychiatrie sind oder werden involviert. (1,2,3)
	159	2	<i>Also dass Sie wieder bestimmte</i>			

	163	3	<p><i>Stellen involvieren?</i> Ja, ja, ja genau und die Vormundschaftsbehörden sind ja zum Teil auch involviert.</p> <p>Ja oder ZET oder die Kinder- und Jugendpsychiatrie</p>	<p>Vormundschaftsbehörden sind involviert.</p> <p>Das ZET oder die Kinder- und Jugendpsychiatrie werden involviert.</p>		
Kategorie 6 Handlungsbedarf im sozialpsychiatrischen System im Oberwallis	171-172	1	Also ich finde am PZO, da wir von unserer Therapieausrichtung auch immer systemisch orientiert sind, haben wir diesen Blick auf das Gesamtsystem...	Kein Handlungsbedarf seitens PZO bezüglich systemischem Arbeiten.	13	Kein Handlungsbedarf seitens des PZO bez. systemischem Arbeiten. (1)
	174-176	2	Ich denke, das [systemisches Arbeiten] muss auch immer wieder wiederholt werden, aktualisiert werden, vielleicht auch noch mal in der Zeitung, wie geht es Kindern. Ich denk man muss immer wieder darauf aufmerksam machen.	Der systemische Gedanken sollte immer wieder aktualisiert und wiederholt werden. Auf die Kinder sollte immer wieder aufmerksam gemacht werden, z.B. in der Zeitung.	14	Der systemische Gedanken sollte immer wieder aktualisiert und wiederholt werden. Auf die Kinder immer wieder aufmerksam machen. (2)
	183-184	3	Dann hatten wir die früher dann im PZO und die Kinder wurden so in einem Room-in untergebracht. Aber eine Mutter-Kind-Station in dem Sinn gibt es nicht mehr. Für die Säuglinge ja, das wäre optimal. Ja, das wäre sehr gut. Das gibt es jetzt nur mehr ausserkantonale, dann schicken wir die Leute weg. Das wäre für die ganz kleinen Kinder, wo dann auch eine Trennung von der Mutter sehr traumatisch ist.	Es sollte wieder eine Mutter-Kind-Station geben, wo die Kinder in einem Room-In untergebracht werden können, damit eine traumatische Trennung verhindert werden kann.	15	Einführung einer Mutter-Kind-Station. (3)
	187 200-202					

Kategorienraster, Interview E

Kategorie	Zeile	Nr.	Paraphrase	Generalisierung	Nr.	Reduktion
Kategorie 1 Erfassung Familiensystem	11	1	Ja, immer bei mir...	Das Familiensystem wird immer im Erstgespräch erfasst, das Alter der Kinder und was die machen wird erfragt.	1	Das Familiensystem wird im Erstgespräch erfasst. (1,2)
	15-18	2	...im Erstgespräch schon, mach ich immer ganz am Anfang und dann, was auf jeden Fall dazu gehört, so die allernächste Familie. Dann frag ich immer noch wie alt die Kinder sind und was die so machen. Je nach dem ob es zwingend mit dazugehört, ausführlicher aber so, dass ich den Überblick habe über die.			
Kategorie 2 Betreuung der Kinder	26-27	1	...versuche ich vorher abzuklären wie es mit den Kindern geht. Meistens funktioniert es dann ja noch über die Familien oder über die Ehepartner oder so.	Betreuung wird innerhalb der Familie abgeklärt und organisiert. Wenn keine Familienangehörigen da sind, muss man wissen, wo man sich erkundigen kann, deshalb wird die Abklärung an den internen Sozialarbeiter weiter gegeben.	2	Die Betreuung wird von der Fachperson innerhalb der Familie abgeklärt, wenn keine Familienangehörigen da sind, muss man wissen, wo man sich erkundigen kann, deshalb wird die Abklärung an den internen Sozialarbeiter weiter gegeben. (1,2)
	36-42	2	Wenn sie niemanden haben ja, dann muss man ziemlich genau wissen wo und wie man sich erkundigen kann. Weil, es ist dann gar nicht so einfach, weil es geht dann nicht über das Amt für Kinderschutz, weil da ja erstmals nicht unbedingt eine Gefährdung vorliegt, die es notwendig macht, dass die kommen. Dann geht's halt wirklich über, wir haben ja zum Beispiel stationär haben wir auch einen Sozialarbeiter, wo man dann einschalten kann, der dann helfen kann was			

			und wie, wo, da weiss er bescheid.			
Kategorie 3 Information über Krankheit	47-48	1	...eigentlich kommt es drauf an ob es eine Krankheit ist, die relevant für das Leben in der Familie ist. Und es kommt immer aufs Alter der Kinder an. ...wenn die Kinder schon ein bisschen älter sind oder alt genug und irgendwas ist was relevant ist, kommen die auch mit in die Sitzung und ich versuche das zu erklären.	Es hängt von der Krankheit und vom Alter der Kinder ab, ob Informationen abgegeben werden.	3	Ältere Kinder, wo die Eltern eine schwerere psychische Krankheit haben, werden zusammen mit den Eltern über die Auswirkungen der Krankheit informiert. Es wird ihnen gesagt, dass sie keine Schuld haben. (1,2,3,4)
	51 55-57	2				
	74-76	3	Und natürlich darf ich Kinder, die nicht volljährig sind ohne die Erlaubnis der Eltern natürlich auch nicht sprechen. Und wenn versuche ich es meistens mit den Eltern.			
	82-90	4	Ich versuche eigentlich eher nach dem Motto; es gibt da eine Erkrankung, die bedingt das und das und das und darum verhält sich die Mama oder der Papa so und so und so. Meistens geht's um den Grund, das ist jetzt nicht gegen dich gerichtet, du bist nicht Schuld daran, du kannst jetzt auch nichts machen, nicht deine Verantwortung, nicht Schuld, nicht nichts. Aber einfach, dass du weisst, wie sich das auswirken kann und weshalb und natürlich dann auch eben je nach dem wie, es ist wichtig, dass die länger im Spital sein müssen. Es ist wichtig, dass die vielleicht mal irgendeine andere längere Massnahme machen müssen und ich versuche ihnen das zu erklären, weshalb und warum.			

Kategorie 3.1 Kontext der Informationsvermittlung	55-57	1	...wenn die Kinder schon ein bisschen älter sind oder alt genug und irgendwas ist was relevant ist, kommen die auch mit in die Sitzung und ich versuche das zu erklären	In der gemeinsamen Sitzung mit den Eltern, wenn die Kinder älter sind.	4	In der gemeinsamen Sitzung mit den Eltern. (1)
Kategorie 3.2 Information über Medikamente			---			
Kategorie 3.3 Informationen über den Umgang mit dem erkrankten Elternteil	92-94	1	Und ich versuch denen auch immer zu erklären wie sie selber damit umgehen können, wie sie sich selber vor allem auch schützen können in dem ganzen.	Den Kindern wird erklärt, wie sie mit dem erkrankten Elternteil umgehen können.	5	Den Kindern wird erklärt, wie sie mit dem erkrankten Elternteil umgehen können. (1)
Kategorie 3.4 Informationen zur Vererbbarkeit	100-103	1	...wenn sie dann mal so 16 oder 17 sind und wenn ich mit denen so darüber rede, dann sage ich denen das [Vererbung] sicher auch oder die fragen das dann auch. Meistens. Und dann gehört natürlich auch dazu, woran merkt man das oder worauf muss ich achten und und und.	Wenn die Kinder im Jugendalter sind, werden sie über die Vererbbarkeit der Störung ihrer Eltern informiert.	6	Jugendliche werden über die Vererbbarkeit der Störung informiert. (1)
Kategorie 3.5 Informationen zur Frage der Schuld	84-88	1	Meistens geht's um den Grund, das ist jetzt nicht gegen dich gerichtet, du bist nicht Schuld daran, du kannst jetzt auch nichts machen, nicht deine Verantwortung, nicht Schuld, nicht nichts. Aber einfach, dass du weisst, wie sich das auswirken kann und weshalb und natürlich dann auch eben je nach dem wie, es ist wichtig, dass die länger im Spital sein müssen	Den Kindern wird mitgeteilt, dass sie keine Schuld trifft und sie keine Verantwortung dafür tragen.	7	Den Kindern wird mitgeteilt, dass sie keine Schuld trifft und sie keine Verantwortung dafür tragen. (1)
Kategorie 3.6 Vermitteln von Stellen zur Information	110-111	1	...also wenn die Kinder schon irgendwie eingebunden sind, natürlich, im ZET.	Wenn die Kinder bereits im ZET eingebunden sind, können sie sich dort informieren. Eventuell bei der SIPE, aber wenig Kenntnisse darüber.	8	Wenn die Kinder bereits im ZET eingebunden sind, können sie sich dort informieren. (1)
	113-115	2	aber sonst denke ich, ist es eher schwierig. Es gibt ja noch die SIPE,			

		3	also die Familienberatung, Schwangerschaftsberatung und sonst was. Also ich könnte mir vorstellen, aber da weiss ich zu wenig darüber. ...machen das die Hausärzte?	Eventuell beiden Hausärzten.		
Kategorie 3.7 Vermitteln von Stellen zur Information ohne Anwesenheit der Eltern	124-128	1	...aber die grösseren natürlich kann man im Internet irgendwo, aber da ist auch wieder die Gefahr, wenn ich denen das sage, sage ich auch es gibt auch viel was man nicht versteht und das ist auch ziemlich allgemein und muss nicht für jeden genau so zutreffen wie es da steht. Das hat natürlich auch so seine Tücken, das Internet.	Die älteren Kinder können sich im Internet informieren, wobei dies auch seine Tücken hat.	9	Ältere Kinder können sich im Internet informieren. Den Kindern werden Broschüren abgegeben, in denen die Krankheit anhand einer Geschichte erklärt wird. (1,2)
	133-137	2	Und es gibt ja auch noch die haben wir da, die gibt's sicher auch, ich weiss jetzt nicht ob die bei der SIPE das da auch haben, aber sicher im ZET und im Amt für Kinderschutz gibt es so Broschüren auch mit Zeichnungen für Kindern wo dann so in einem Heftchen das erklärt wird, so in Geschichtsform und je nach dem für ältere dann auch ausführlicher, die sind auch immer ganz gut.	Den Kindern werden von den Institutionen Broschüren abgegeben, in denen die Informationen anhand einer Geschichte dargestellt sind.		
Kategorie 4.1 Verhaltensauffälligkeiten der Kinder wahrnehmen	144-145 155-157	1	Da frage ich meistens in jeder Sitzung oder fast jeder irgendwie auch nach den Kindern. ...jedenfalls ständig, ständig auch in den Gesprächen über die anderen Angehörigen der Familie reden und dann erzählen die Leute in der Regel auch und man redet dann darüber	Durch gezieltes Nachfragen werden Verhaltensauffälligkeiten von dem erkrankten Elternteil in der Sitzung angesprochen.	10	Verhaltensauffälligkeiten der Kinder werden vom Patient in der Sitzung angesprochen oder direkt wahrgenommen, wenn die Kinder an der Sitzung teilnehmen. (1,2)

	148-150	2	Und je nachdem so regelmässig mache ich eine Sitzung wo wenigstens der Partner und die Kinder, wenn sie schon etwas älter sind, dabei sein können. Und dann sehe ich ja auch wie die damit umgehen und wie das ist.	Verhaltensauffälligkeiten werden direkt wahrgenommen, wenn die Kinder an der Sitzung teilnehmen.		
Kategorie 4.2 Spezialisierte Stellen einschalten	174-182	1	...wenn ich merke, die Kinder sind verhaltensauffällig und noch minderjährig, natürlich, muss ich das als erstes direkt mit den Eltern ansprechen, also krank und gesund. Natürlich versuche ich dann beide beim Gespräch da zu haben und denen eben auch aufzuzeigen, was ich da beobachtet habe und wohin das führen kann und dass wir da auf gar keinen Fall, also als aller erstes, ist der Schritt an die Verantwortung und die eigenen Vernunft zu appellieren und die ganzen Vorschläge wo sie sich hinwenden können von der sozialpädagogischen Familienbegleitung, das ZET oder Kinder- und Jugendpsychologen oder über hier im PZO.	Es wird an die Vernunft der Eltern appelliert und sie werden an die sozialpädagogische Familienbegleitung, das ZET, Kinder- und Jugendpsychologen oder ans PZO verwiesen.	11	Die Eltern werden an die sozialpädagogische Familienhilfe, das ZET, an Kinder- oder Jugendpsychologen oder ans PZO verwiesen. (1)
Kategorie 5.1 Nichtwahrnehmen der Erziehungsfunktion der Eltern bemerken	203-211	1	...das merkt man dann wie er sich hier im Gespräch verhält, ob ich dann merke, der kriegt Zusammenhänge nicht mehr hintereinander, der lebt quasi in halb anderen Sphären, der ist viel zu depressiv, hat impulsive Durchbrüche oder sogar eine gewisse Aggressivität in einem gewissen Teil körperlich oder psychisch, es gibt viele viele Dinge, er ist immer nur mit sich selber beschäftigt. Wenn ich nachfrage, gibt er nur wenig bescheid, was wirklich	Je nachdem wie sich der Patient im Gespräch verhält, kann daraus geschlossen werden, ob er die Erziehungsfunktion noch wahrnehmen kann.	12	Dies wird im gemeinsamen Gespräch wahrgenommen, oder der Elternteil teilt sein Unvermögen selber mit. (1,2)

	211-212	2	<p>mit den Kindern los ist oder ich merke dann, was weiss ich, wenn die ständig besoffen sind, das merkt man dann und kriegt das mit. Ja, also das ist wirklich dann komplex, sehr komplex.</p> <p>Manchmal sagen die aber auch selber, ich merke, ich kriege es nicht mehr auf die Reihe, es wird mir zu viel und so.</p>	Die Eltern sprechen ihr Unvermögen selber an.		
Kategorie 5.2 Spezialisierte Stellen einschalten	222-229	1	Es gibt dann wieder die Möglichkeit, die ich alle aufzählen kann, wollen wir da jetzt nicht gucken, wollt ihr da nicht mehr Zeit haben für euch, wie können wir euch noch entlasten, Haushaltshilfe, was weiss ich, was da vielleicht noch eine Möglichkeit ist, Spitalaufenthalt sonst was in der Richtung, dass wir hier Gespräche haben können, dass wir dann gucken, gibt es noch mehr Entlastung zu Hause, gibt es noch mehr wo die Kinder hingehen könnten, in Kinderkrippen oder KITA oder Betreuung. Es gibt ja was weiss ich, Ringelreihe oder sonst was, wo eben auch Mittagstisch, andere Möglichkeiten, einfach dass da Entlastung für den auch hinkommt.	Den Eltern werden Entlastungsmöglichkeiten wie Haushaltshilfe, Spitalaufenthalt, KITA oder Mittagstisch angeboten.	13	Stellen zur Entlastung werden eingeschaltet, oder es wird eine Meldung an das Vormundschaftsamt gemacht. (1,2)
	186-189	2	Wenn ich sehe, dass ein Kind missbraucht wird oder in einem verwahrlosten Zustand ist, welcher das Wohl des Kindes gefährdet, dann darf ich auch Meldung machen ans Vormundschaftsamt und dies gilt dann als Gefährdungsmeldung.	Es wird eine Gefährdungsmeldung an das Vormundschaftsamt gemacht.		

Kategorie 6 Handlungsbedarf im sozialpsychiatrischen System im Oberwallis	240-242	1	Aber ich merke, es gibt immer noch viel zu wenig Möglichkeiten an Unterstützung um die Familie zu entlasten für das Wohl des Kindes...	Es sollte vermehrt Entlastungsmöglichkeiten geben, wo die Kinder von Fachpersonen betreut werden und dort über ihr Erleben sprechen könnten.	14	Es sollte vermehrt Entlastungsmöglichkeiten geben, wo die Kinder von Fachpersonen betreut werden und dort über ihr Erleben sprechen könnten. Zudem sollten die Eltern im Haushalt mehr Entlastung erhalten. (1,2)
	246-249		Es braucht ja auch Entlastung ausserhalb. Es braucht vielleicht auch Möglichkeiten wo die Kinder sonst noch betreut werden oder eben auch gut betreut werden, wo die auch ein bisschen erzählen dürfen über das, was eben auch so schwierig ist. Das gibt es halt nicht.			
	256-259	2	...oder eben noch mehr Leute oder noch andere mit der Familie dann was zu machen oder in der Familie was zu machen, aber zumindest, dass das ganze Quantum vom Haushalt wegfallen könnte. Aber da ist nicht viel oder fast gar nichts			

Kategorienraster, Interview F

Kategorie	Zeile	Nr.	Paraphrase	Generalisierung	Nr.	Reduktion
Kategorie 1 Erfassung Familiensystem	10	1	Ja, im Intake wurde das so vorge- sehen.	Das Familiensystem wird im Intake erfasst.	1	Das Familiensystem wird im Intake und beim Erstgespräch erfasst. (1,2)
	20-23	2	Auf jeden Fall [im Erstgespräch], weil die Kinder, die gehören zum engsten Netz und von daher denke ich, ist es wichtig, dass man weiss, wie alt die Kinder sind und was sie im Moment machen und ob sie zum Beispiel auch unterstützenden Funktionen haben in einem Familiensystem.	Beim Erstgespräch wird auf das Familiensystem eingegan- gen.		
Kategorie 2 Betreuung der Kinder	38-41	1	...es ist selten, dass es an uns liegt dann Kinderbetreuung einzuleiten, meistens ist es schon gemacht, wenn die psychisch erkrankten Menschen bei uns in der Beratung sind.	Betreuung ist meist schon abgeklärt.	2	Betreuung wird nicht abgeklärt. (1)
	48-52	2	Und da ist dann oft der Hausarzt der dann auch schon erste Linien aufzeigt wo die Kinder jetzt betreut werden. Ich denke, dass das auch oft Familien oder eben Nachbarn sind, weil es im Oberwallis gar kei- ne grossen Möglichkeiten gibt um Notplatzierungen von Kindern vor- zunehmen.	Die Betreuung wird vom Hausarzt abgeklärt oder wird von Familienangehörigen oder Nachbarn übernommen.		
Kategorie 3 Information über Krankheit	70-73	1	Ihnen zu erklären warum ihre Mut- ter eigentlich so krank ist, in diese Situation bin ich dann eigentlich auch nie gekommen, weil ich den- ke, es braucht eine längere Bezie-	Es werden keine Informatio- nen abgegeben, da keine längere Beziehung und kein Vertrauensverhältnis vorhan- den sind.	3	Die Kinder werden nicht infor- miert. (1)

			hung, es braucht ein nahes Vertrauensverhältnis um dieses Thema wirklich anzusprechen.			
Kategorie 3.1 Kontext der Informationsvermittlung			---			
Kategorie 3.2 Information über Medikamente			---			
Kategorie 3.3 Informationen über den Umgang mit dem erkrankten Elternteil			---			
Kategorie 3.4 Informationen zur Vererbbarkeit			---			
Kategorie 3.5 Informationen zur Frage der Schuld			---			
Kategorie 3.6 Vermitteln von Stellen zur Information	85-90	1	...ich würde wahrscheinlich zuerst mit einem Therapeuten oder Therapeutin zusammensitzen und schauen, wo kann man dieses Kind unterstützen. Weil es kann ja ganz vielseitiger Art sein, also braucht ein Kind wirklich zum Beispiel so eine Ersatzfamilie, wo es etwas entspannen kann von diesen schwierigen Situation oder braucht es vielleicht selber psychologische Betreuung über die Kinderpsychiatrie oder übers ZET.	In Zusammenarbeit mit Therapeut Vernetzung mit ZET oder Kinderpsychiatrie.	4	Da es keine spezifische Fachstelle gibt, wird in Zusammenarbeit mit dem Therapeut eine Vernetzung mit ZET oder Kinderpsychiatrie gemacht. (1,2)
	91-93	2	Also ich denke, wenn wir irgendwo so eine Fachstelle hätten, wäre das vielleicht noch etwas anderes, aber die gibt es in dem Sinn speziell für Kinder nicht.	Es gibt keine Fachstelle speziell für Kinder.		
Kategorie 3.7	96	1	...speziell für Kinder haben wir ei-	Es gibt keine Anlaufstelle	5	Es existieren keine Anlaufstellen

Vermitteln von Stellen zur Information ohne Anwesenheit der Eltern			gentlich kein Angebot.	speziell für Kinder.		speziell für Kinder.
Kategorie 4.1 Verhaltensauffälligkeiten der Kinder wahrnehmen	101-105	1	Oft ist es das Thema in der Beratung, dass mir eine Mutter dann sagt oder ein Vater sagt, ja mein Kind hat Probleme in der Schule oder mein Kind ist vielleicht betrunken nach Hause gekommen oder solche Sachen wo ich dann merke, das sind so Grenzsituationen. Teilweise sind es dann auch vielleicht Rechnungen für irgendeinen Schaden wo entstanden ist, weil ein Kind etwas kaputt gemacht hat.	Die Eltern teilen das in der Beratung mit.	6	Durch die Informationen der Eltern. (1,2)
	107-108	2	Dann kann es auch sein, dass in einer Familiensitzung das auftaucht, wo man merkt, da sind Probleme da...	In der Familiensitzung wird dies zum Thema.		
Kategorie 4.2 Spezialisierte Stellen einschalten	113-114	1	Also das ist sicher Inhalt eines Gesprächs mit den Eltern oder mit dem Familiensystem an und für sich.	Gespräch mit den Eltern wird gesucht.	7	Meldung beim ZET. (2)
	120-121	2	...dann sind wir dann mit Therese Zenhäusern vom Zentrum haben wir dann eine Beratung für das Kind begonnen.	Meldung beim ZET.		
Kategorie 5.1 Nichtwahrnehmen der Erziehungsfunktion der Eltern bemerken	147-150	1	Also einerseits sicher so Schulmeldungen, dann andererseits vielleicht auch Nachbarn oder vielleicht auch Meldungen aus der weiteren Familie wo jemand anruft, Tante oder Onkel oder Gotti oder Götti, die sagen, hey macht da was.	Durch Meldungen der Schule, Familienangehörigen oder Nachbarn.	8	Durch Meldungen der Schule, Familienangehörigen oder Nachbarn.(1)
Kategorie 5.2 Spezialisierte Stellen einschalten	170-176	1	Sicher einerseits, ja, die Wahrheit der Meldung anschauen, andererseits die Personen, die zu beratenden Personen auch informieren, dass	Der Wahrheitsgehalt der Meldung wird überprüft, die erkrankte Person wird informiert, mit dem System wird	9	Zusammen mit dem System wird Unterstützungsangebote organisiert. (1)

			man dieses Wissen hat, dass man diese Meldung hat und mit irgend jemand zu thematisieren wie sie sich das je nach dem vorstellen können zu ändern oder wenn das nicht möglich ist, dann mit den Menschen, mit denen man in dessen System noch sprechen kann, schauen was ändern wir, wo könnte man Unterstützung bieten, auch im Sinne des Erkrankten, natürlich.	geschaut, wo Unterstützung angeboten werden kann.		
Kategorie 6 Handlungsbedarf im sozialpsychiatrischen System im Oberwallis	192-208	1	Und von daher denke ich, ist es durchaus eine Möglichkeit gegenüber diesen spezialisierten Leuten wie jetzt eben über diese sozialpsychiatrische Spitex oder wie diese sozialpädagogische Familienbegleitung, dass man mit diesen Leuten zusammen vielleicht mal eine Tagung machen könnte, wo man speziell dieses Thema auch aufgreift und nachher auch schaut, wie kann man eigentlich vernetzt mit diesen Fachleuten zusammenarbeiten. ... und eventuell sogar mit der kinderpsychiatrischen Abteilung des PZO, das denke ich ist ein interessantes Netz,...	Zusammenarbeit Sozialberatung, spspitex, sozialpädagogische Familienbegleitung und kinderpsychiatrische Abteilung des PZO an einer Fachtagung aufgreifen.	9	Zusammenarbeit der Sozialberatung, spspitex, sozialpädagogischen Familienbegleitung und kinderpsychiatrischen Abteilung des PZO's durch eine Fachtagung fördern. (1)
	218-221	2	...sowas wie Notfallplatzierungen möglich sein müssten über ein Elternpaar, das bereit ist, nebst seinen eigenen Kinder, noch so eins, zwei Kinder aufzunehmen, also ich denke, das ist ein Angebot, das man sicher überdenken muss und wo ich denke, dass es immer nötiger wird.	Angebot von Notfallplatzierungen realisieren.	10	Angebot von Notfallplatzierungen schaffen. (2)

Kategorienraster, Interview G

Kategorie	Zeile	Nr.	Paraphrase	Generalisierung	Nr.	Reduktion
Kategorie 1 Erfassung Familiensystem	10	1	Also bei der Anmeldung selber, beim Intake wird es meistens erfasst...	Familiensystem wird im Intake meistens erfasst.	1	Das Familiensystem wird bei der Anmeldung meist erfasst, wenn es um eine umfassende Beratung geht, wird im Erstgespräch darauf eingegangen. (1,2)
	29-34	2	Wenn ich den Eindruck habe, es geht um etwas mehr, die Person ist auch irgendwo etwas verunsichert, will verschiedene Fragen geklärt haben, hat auch Mühe ihre Situation zu akzeptieren, ja da würde ich auch auf die Familiensituation und auch auf die Frage wie ist es mit den Kindern? Wie ist das Verhältnis mit den Kindern? In welcher Situation sind die Kinder? Da würde ich darauf eingehen, ja.	Wenn es um eine umfassende Beratung geht, wird im Erstgespräch auf die Familiensituation eingegangen.		
Kategorie 2 Betreuung der Kinder	46-49	1	Aber in der Regel erfahre ich erst, wenn die Leute, wenn überhaupt erfahre ich es erst, wenn die Klientin oder der Klient bereits im PZO ist und dann ist bereits einiges gelaufen, ohne dass ich irgendwie etwas dazu tun konnte.	Die Betreuung wird nicht abgeklärt, da über einen Eintritt ins PZO erst im Nachhinein erfahren wird.	2	Die Betreuung wird nicht abgeklärt. (1)
Kategorie 3 Information über Krankheit	69-76	1	In der Praxis, wenn ich mich an die Kinder erinnere, die von psychisch erkrankten Eltern, die ich, an die ich mich erinnere, da habe ich die Kinder nicht informiert. Einerseits weil die Kinder noch klein waren und andererseits, weil die Kinder von anderer Seite wenn, informiert wurden. Ich muss da sicher noch etwas dazu sagen, weil ich denke, die Information darüber, über die psy-	Keine Information an die Kinder, da diese von einer medizinischen Fachperson gegeben werden sollten.	3	Die Kinder werden nicht informiert, sollte durch medizinische Fachperson passieren. (1)

			chische Erkrankung der Mutter oder des Vaters, fände ich eigentlich sinnvoll, wenn das von einer medizinischen Fachperson gemacht würde und nicht von einer Sozialarbeiterin oder einem Sozialarbeiter in erster Linie.			
Kategorie 3.1 Kontext der Informationsvermittlung			---			
Kategorie 3.2 Information über Medikamente			---			
Kategorie 3.3 Informationen über den Umgang mit dem erkrankten Elternteil			---			
Kategorie 3.4 Informationen zur Vererbbarkeit			---			
Kategorie 3.5 Informationen zur Frage der Schuld			---			
Kategorie 3.6 Vermitteln von Stellen zur Information	89-92	1	Eigentlich nicht ganz speziell, ja. Also ja vielleicht in gewissen Fällen könnten sie sich auch an den Lehrer oder die Lehrerin wenden, aber das müsste eine spezielle Konstellation sein, das würde ich nicht grundsätzlich immer empfehlen.	Es gibt keine spezielle Anlaufstelle, eventuell Infos über Lehrperson.	4	Durch eine Lehrperson, ansonsten gibt es keine spezielle Anlaufstelle. (1)
Kategorie 3.7 Vermitteln von Stellen zur Information ohne Anwesenheit der Eltern	100	1	Wüsste ich jetzt nicht, nein.	Kennt keine Anlaufstelle.	5	Kennt keine Anlaufstelle. (1)
Kategorie 4.1 Verhaltensauffälligkeiten der Kinder wahrnehmen	105-106	1	Das kann sein, dass irgendeine Angehörige, eine Nachbarin, Freundin/Freund hier anruft, das ist möglich.	Verhaltensauffälligkeiten werden von Angehörigen oder Nachbarn gemeldet.	6	Verhaltensauffälligkeiten werden von Angehörigen oder Nachbarn gemeldet oder von den Klienten im Beratungsgespräch angesprochen. (1,2)

	106-109 116-120	2	<p>Und oft ist es auch, dass wenn die Klientin oder der Klient im Gespräch, eigentlich fast was zwischen den Zeilen gesagt wird, also wenn sie vielleicht erwähnen, ja also die Kinder haben sich so unmöglich aufgeführt oder so das und das gemacht.</p> <p>Oft wird das nur so eigentlich zuerst am Rande erwähnt und wenn ich dann nachfrage, ja wie war das genau und ist das schon oft vorgekommen, was tun sie denn in solchen Situationen, dann kommt oft dann eine gewisse, kann sich eine gewisse Überforderung irgendwo sich abzeichnen, wo man sieht, da ist offenbar, könnte da einiges an Problemen vorhanden sein</p>	Der Klient, die Klientin erwähnt dies im Beratungsgespräch.		
Kategorie 4.2 Spezialisierte Stellen einschalten	130-137	1	<p>Oder sonst schaue ich mal, dass ich vielleicht einen Hausbesuch machen kann und dann möglichst, wenn die Kinder auch dort sind, damit ich mir zuerst auch so ein Bild etwas machen kann. Und je nachdem würde ich dann auch vielleicht, also zuerst probieren auch mit den Eltern zu reden. Auch ob sie Hilfe haben, ob sie Hilfe brauchen, ob sie Hilfe annehmen könnten oder auch meine Beobachtung, dass ich denke, dass sie Hilfe brauchen könnten. Und dann mit ihnen zusammen schauen, könnte man vielleicht Lehrer oder Lehrerin beiziehen, oder müsste man sich psychologische Hilfe holen.</p>	Bei einem Hausbesuch wird ein Bild von der Situation gemacht. In einem Gespräch mit den Eltern wird eruiert, ob eine Lehrperson oder psychologische Hilfe beigezogen werden muss.	7	In einem Gespräch mit den Eltern wird eruiert, ob eine Lehrperson oder psychologische Hilfe beigezogen werden muss. (1)
Kategorie 5.1 Nichtwahrnehmen der Er-	156-162	1	Aber sonst, wenn jetzt, also erstens, wenn die Person, wenn die	Wenn im Gespräch klar wird, dass die Person keine Ent-	8	Wenn sich im Gespräch zeigt, dass die Person keine Entschei-

ziehungsfunktion der Eltern bemerken			Klientin, der Klient in einer Verfassung ist, wo sie oder er nicht einmal mehr in der Lage ist für sich selber Entscheidungen zu treffen, wo ich denke, es ist der Boden unter den Füßen weg, die psychische Erkrankung ist derart akut, dass zwar vielleicht aus ärztlicher Sicht noch nicht die Einweisung in die Klinik gemacht werden muss, aber dass einfach die Alltagsbewältigung, dass mir scheint, die Alltagsbewältigung ist gar nicht mehr möglich.	scheidungen mehr treffen kann und die Erkrankung so akut ist, dass die Alltagsbewältigung nicht mehr möglich ist.		dungen mehr treffen kann und die Alltagsbewältigung nicht mehr möglich ist. (1)
Kategorie 5.2 Spezialisierte Stellen einschalten	175-176	1	Ja, da wäre wieder die SPF, das AKS, das ZET, auch wo ich also das ZET noch vor dem AKS,...	SPF, AKS oder ZET werden eingeschalten.	9	Die Situation wird mit einer Fachperson für Kinder besprochen, SPF, ZET oder AKS werden eingeschalten. (1,2)
	176-179	2	...würde ich beim ZET vielleicht einmal auch fragen, auch dort wo ich, dort ist die Frau Zenhäusern, oder, wo ich einfach jetzt mit ihr schon Kontakt hatte und denke ich hab sie auch schon mal einfach so gefragt, was würden Sie mir jetzt empfehlen? Wie könnte man vorgehen? Was wäre noch möglich?	Die Situation wird mit dem ZET besprochen um Lösungen für das weitere Vorgehen zu erhalten.		
Kategorie 6 Handlungsbedarf im sozialpsychiatrischen System im Oberwallis	137-141	1	Also wenn ich bei Eltern schon vom Schulpsychologen rede, dann klingt das unter Umständen für die schon, oh was ist denn schreckliches passiert? Oder, nein das will ich nicht! Aber wenn ich sagen könnte, wissen Sie, da ist eine Beratungsstelle und dort kann man unverbindlich einmal gehen und man kann sich informieren lassen, auch was man tun kann, wenn man gewisse Schwierigkeiten hat oder man kann, ja das wäre anders. Ich finde der	Eine spezialisierte Beratungsstelle, wo sich Eltern und Kinder unverbindlich informieren könnten mit Fachpersonen aus dem medizinischen und sozialen Bereich. Zusätzlich könnte diese automatisch bei jeder Platzierung eingeschaltet werden um den Verbleib und das Wohlergehen der Kinder sicherzustellen.	10	Eine spezialisierte Beratungsstelle, wo sich Eltern und Kinder unverbindlich informieren könnten mit Fachpersonen aus dem medizinischen und sozialen Bereich. Zusätzlich könnte diese automatisch bei jeder Platzierung eingeschaltet werden um den Verbleib und das Wohlergehen der Kinder sicherzustellen. (1)

	204-208	erste Schritt ist zum Teil dann zu hoch, die Schwelle ist zu hoch. ...damit es einen Ort gibt, wo die Kinder selber hingehen könnten, sogar, oder wo eben Fachleute sind, die dann vielleicht sobald eine Frau oder ein Mann hospitalisiert werden muss wegen psychischer Erkrankung und dann das einfach automatisch ablaufen würde, dass dann Kontakt auch mit der Familie aufgenommen wird und geklärt wird, wie geht es den Kindern in dieser Situation.			
	213-214	Weil es zu einer psychischen Erkrankung gehört nicht nur der medizinische Teil...			
	223-224	... Da wäre es sicher wichtig, auch jetzt zum Beispiel sozialpädagogisch, sozialarbeiterisch ausgebildete Fachleute dabei zu haben.			