

Ullrich Bauer, Martin Driessen,  
Dieter Heitmann, Michael Leggemann (Hg.)

# **Psychische Erkrankungen in der Familie**

Das Kanu-Manual für die Präventionsarbeit

Arbeitshilfe 29

Psychiatrie  
Verlag 

Ullrich Bauer, Martin Driessen, Dieter Heitmann, Michael Leggemann (Hg.)  
Psychische Erkrankungen in der Familie  
Das Kanu-Manual für die Präventionsarbeit  
Arbeitshilfe 29  
1. Auflage 2013

ISBN-Print: 978-3-88414-561-6  
ISBN-PDF: 978-3-88414-803-7

**Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek**  
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation  
in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten  
sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

↓ Alle Arbeitsmaterialien stehen im Internet zum Download zur Verfügung unter:  
[http://www.psychiatrie-verlag.de/buecher/detail/book-detail/  
Psychische-Erkrankungen-in-der-Familie.html](http://www.psychiatrie-verlag.de/buecher/detail/book-detail/Psychische-Erkrankungen-in-der-Familie.html)


© Psychiatrie Verlag GmbH, Köln 2013  
Alle Rechte vorbehalten. Kein Teil des Werkes darf ohne Zustimmung  
des Verlages vervielfältigt, digitalisiert oder verbreitet werden.  
Lektorat: Anne Katrin Bläser, Bonn  
Umschlagkonzeption: GRAFIKSCHMITZ, Köln  
Umschlaglayout: Iga Bielejec, Nierstein, unter Verwendung  
eines Fotos von Marek Uliasz auf 123RF  
Typografiekonzeption und Satz: Iga Bielejec, Nierstein  
Druck und Bindung: Himmer AG, Augsburg



<b>Vorwort</b>	<b>8</b>
<b>Einführung</b>	<b>10</b>
Warum ein Präventionsprojekt für Kinder in Familien mit psychisch erkrankten Eltern?	10
Gemeinsam weiterkommen – Wege in die Praxis	24
Rahmenbedingungen der praktischen Durchführung	30
Grundhaltung	33
Methoden der Gesprächsführung	36
Möglichkeiten der Teilnehmergeinnung	37
Regionale und überregionale Vernetzung	37
Handhabung des Manuals	39
<b>Eltern-, Kind- und Familien-Gespräche</b>	<b>40</b>
Das Vorgespräch	40
Präventive Gespräche im Familiensystem	43
<b>Patenschaften</b>	<b>59</b>
Hintergrund	59
Ziele einer Patenschaft	60
Die Patinnen und Paten	60
Voraussetzungen für eine Patenschaft	62
Initiierung einer Patenschaft	62
Verlauf der Patenschaft in der Praxis	63
<b>Manual zur Durchführung der Elterngruppe</b>	<b>66</b>
Gruppensitzung 1: Einführung und Überblick	68
Gruppensitzung 2: Erziehungsstile, Einflussfaktoren, unangemessenes Verhalten unserer Kinder	70
Gruppensitzung 3: Perspektive verändern	72

Gruppensitzung 4: Aktives Zuhören	77
Gruppensitzung 5: Ermutigung	80
Gruppensitzung 6: Ich-Botschaften	83
Gruppensitzung 7: Verantwortung: Fürsorge, Einmischen und Raushalten – wie und wann?	85
Gruppensitzung 8: Konsequenzen im Alltag	88
Gruppensitzung 9: Familienkonferenzen	90
Gruppensitzung 10: Auswertung (bei geschlossenen Gruppen) und Spielfilm	93
Gruppensitzung 11: Refreshing	94
Gesprächsanregungen und Interventionen für die Elterngruppe	95
<b>Manual zur Durchführung der Kindergruppe</b>	<b>99</b>
Aktivitäten und Rituale für die Kindergruppe	100
Gruppensitzung 1: Kennenlernen und Einführung in die Gruppe	105
Gruppensitzung 2: Normalität und Vertrauen schaffen	109
Gruppensitzung 3: Eigene Gefühle – fremde Gefühle	110
Gruppensitzung 4: Selbstreflexion	112
Gruppensitzung 5: Quellen des Selbstvertrauens	114
Gruppensitzung 6: Selbstvertrauen – Fähigkeiten haben	117
Gruppensitzung 7: Selbstvertrauen – Anerkennung bekommen	118
Gruppensitzung 8: Selbstvertrauen – Verantwortung übernehmen	121
Gruppensitzung 9: Gemeinsame Unternehmung	123
Gruppensitzung 10: Film und Feedback	124
Gruppensitzung 11: Refreshing	124
<b>Evaluation</b>	<b>126</b>
Befragung der Eltern	126
Befragung der Kinder	128

<b>Anhang</b>	<b>129</b>
Literatur	129
Arbeitsmaterialien	141
Übersicht über die Materialien zum Download:	141
<b>Organisationshilfen und Leitfäden</b> Das Vorgespräch: Begrüßung und Vorstellung <b>40</b>   Basisdaten-Erhebung <b>41</b>   Leitfaden für die Eltern-gespräche <b>47</b>   Leitfaden für die Kindergespräche <b>53</b>   Checkliste <b>143</b>   <b>Einverständniserklärungen</b> Einverständniserklärung für Familien ( <b>nur zum Download</b> )   Einverständniserklärung für Kinder & Jugendliche ( <b>nur zum Download</b> )	
<b>Schweigepflicht-Entbindungen</b> Schweigepflicht-Entbindung zur Kontaktaufnahme mit behandelnden Kolleginnen und Kollegen ( <b>nur zum Download</b> )   Schweigepflicht-Entbindung zur konsiliarischen Vorstellung ( <b>nur zum Download</b> )	
<b>Materialien zur Handreichung für die Familiengespräche und Gruppen</b> Informationen für Eltern und Patienten zum Kanu-Projekt <b>144</b>   Informationen für Kinder zum Kanu-Projekt <b>146</b>   Unsere Kanu-Regeln <b>147</b>   Gedächtnisstütze für Eltern <b>148</b>   Krisenplan für die Familie <b>149</b>   Krisen-Telefonliste für Kinder <b>150</b>   Präsentationsfolien zur Kanu-Elterngruppe ( <b>nur zum Download</b> )   Literaturempfehlungen für Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil <b>151</b>	
<b>Psychoedukation</b> Belastungs-Selbstfürsorge-Waage <b>120</b>   Beispiele kritischer Lebensereignisse <b>166</b>   Mögliche Symptome bei Depression <b>167</b>   Mögliche Symptome bei Manie <b>167</b>   Mögliche Symptome bei Schizophrenie <b>168</b>   Verletzlichkeits-Stress-Modell <b>169</b>	
<b>Feedback</b> Kurzprotokoll der Elterngruppe <b>170</b>   Kurzprotokoll der Kindergruppe <b>171</b>   Rückmeldebogen für die Elterngruppe <b>172</b>   Rückmeldebogen für die Kinder-/Jugendlichengruppe <b>174</b>	
<b>Zu den Autoren</b>	<b>175</b>

 Alle Arbeitsmaterialien stehen im Internet zum Download zur Verfügung unter:  
<http://www.psychiatrie-verlag.de/buecher/detail/book-detail/Psychische-Erkrankungen-in-der-Familie.html>

## Vorwort

Wir stellen hier das Projekt »Kanu – gemeinsam weiterkommen« vor, ein modulares Konzept zur Prävention von psychischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen psychisch erkrankter Eltern. Kanu hat zum Ziel, kindliche Entwicklungsrisiken zu reduzieren und die Ressourcen in den Familien zu verbessern. Damit soll den Familien eine Unterstützung geboten werden, die gerade für die betroffenen Kinder eine primärpräventive Wirkung hat. Gleichzeitig sollen die Eltern in ihrer ohnehin belasteten Lebenslage unterstützt werden. Der Projektname Kanu dient dazu, die Zugänglichkeit zu den teilnehmenden Eltern und vor allem zu den Kindern zu erhöhen. Die Kanu-Metapher drückt aus, dass in einer Familie alle in einem Boot sitzen, da jedes Mitglied der Familie durch die Erkrankung eines anderen Familienmitglieds mitbetroffen ist: Alle müssen in dieselbe Richtung rudern, um schwieriges Fahrwasser zu überwinden und gemeinsam weiterzukommen. Aus therapeutischer Perspektive erhoffen wir uns hierdurch eine maßgebliche Entlastung in den betroffenen Familien.

Kanu kann in Familien mit Kindern im Alter von sechs bis vierzehn Jahren eingesetzt werden, es beinhaltet ein zielgruppenunspezifisches Vorgehen, das vor allem im Sinne der Primärprävention, also der Arbeit mit noch weitgehend unbelasteten, zumindest unauffälligen Kindern, erprobt wurde und für diese Gruppe auch empfohlen wird. Die typischen Einsatzmöglichkeiten sind indes – und das ist gewollt – nicht eindeutig definiert: Der hohe Grad der Strukturierung lässt die Anlehnung an therapeutische Angebote im ambulanten und stationären Setting zu; der modulare Charakter soll gleichzeitig dazu dienen, Kanu dem großen Spektrum der Angebote in der Jugend- und Familienhilfe ganz oder in modular reduzierter Form anschließen zu können.

Das Kanu-Projekt wurde durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) von 2008 bis 2012 finanziell gefördert und gemeinsam von der Fakultät für Bildungswissenschaften der Universität Duisburg-Essen und der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Bielefeld/Bethel durchgeführt. Es ist im klinischen Setting der regionalen psychiatrischen Versorgung in Bethel implementiert und wird hinsichtlich seiner zu erwartenden Effekte evaluiert.

Insgesamt besteht das Kanu-Präventionsangebot aus vier Bausteinen,

die hier im Manual vorgestellt werden: 1. den Eltern-, Kind- und Familiengesprächen, die Mitarbeitende des Kanu-Teams jeweils mit den teilnehmenden Familien durchführen, 2. dem Kanu-Gruppenprogramm für Eltern, 3. dem Kanu-Gruppenprogramm für Kinder und Jugendliche und 4. der Einrichtung von Patenschaften für die Kinder.

Dank dafür, dass Kanu in diesem Umfang realisiert und nun in einer handhabbaren Version zur Verfügung gestellt werden kann, gilt es vielen beteiligten Personen und Institutionen auszusprechen: Dem BMBF und dem Projektträger im Deutschen Luft- und Raumfahrtzentrum (DLR) danken wir für eine durchgehend hilfreiche, sehr kompetente und umfangreiche Unterstützung. Dem LWL-Klinikum Gütersloh und dem Leiter der Klinik für Psychiatrie, Prof. Dr. Klaus Kronmüller, danken wir für eine außerordentlich gute und enge Kooperationsbeziehung. Der Stadt Bielefeld und vor allem dem Jugendamt Bielefeld, dem dortigen Leiter Herrn Epp sowie insbesondere Frau Berkemeyer danken wir für eine Kooperations- und Unterstützungsbereitschaft, die wir sicher so in kaum einer anderen Stadt hätten vorfinden können. Der gleiche Dank gilt dem Kinderschutzbund in Bielefeld und dort vor allem Frau Lüdemann, Frau Redeker und Frau Kunz-Hassan. Schließlich danken wir den Klinikmitarbeitenden und den Patientinnen und Patienten sowie ihren Kindern und Angehörigen, die in der Implementierungs- und Erprobungsphase so viel Aufwand auf sich genommen und dem Kanu-Projekt damit erst eine Realisierungsmöglichkeit gegeben haben!

*Ullrich Bauer, Julia Griepenstroh, Dieter Heitmann,  
Marite Pleininger-Hoffmann, Janine Thome und Riki van den Broek*  
Essen und Bielefeld, im September 2012

## Einführung

*Ullrich Bauer, Julia Griepenstroh, Dieter Heitmann,  
Marite Pleininger-Hoffmann, Janine Thome, Riki van den Broek*

### Warum ein Präventionsprojekt für Kinder in Familien mit psychisch erkrankten Eltern?

Der Impuls für ein Präventionsprogramm wie Kanu ergibt sich aus zwei Beweggründen: zum Ersten aus dem Wandel im Krankheitspanorama: Psychische Erkrankungen haben eine enorme Verbreitung gefunden, mit dem Rückgang der Infektionskrankheiten machen sie sich auf, zur weltweit verbreitetsten Erkrankung zu werden. Der zweite Beweggrund ergibt sich aus der Veränderung der Problemwahrnehmung. In dem Maße, in dem nicht somatische, zumeist lang andauernde Erkrankungen mit einer Tendenz zur Chronifizierung in den vergangenen Jahren an Bedeutung zunehmen, wurden auch die Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil zum Gegenstand einer intensivierten Reflexion. Dieser Prozess dauert nun schon weit über zehn Jahre an, und wir erleben die zunehmende Etablierung einer national und international geführten Diskussion. Und dennoch mangelte es lange Zeit an integrierten Präventionsangeboten für die betroffenen Familien. Trotz der hohen epidemiologischen und klinischen Relevanz – konservative Schätzungen gehen in Deutschland von ca. drei Millionen betroffenen Kindern aus, die pro Jahr mit einem psychisch erkrankten Elternteil zusammenleben (MATTEJAT 2008, S. 75) – ist der Übergang von der Diskussion in der Grundlagenforschung hin zu einer praktischen Anwendung, die die Anforderungen in der komplizierten Versorgungspraxis berücksichtigt, noch immer nicht in ausreichendem Maße erfolgt.

An dieser Stelle setzte im Jahr 2008 das Kanu-Präventionsprojekt an. Damit sollte eine Lücke im Bereich der Prävention geschlossen und ein familienorientiertes Unterstützungsangebot bereitgestellt werden, das zudem wissenschaftlich begleitet und evaluiert wird. Heute – rund vier Jahre später – liegt das Präventionsangebot Kanu in manualisierter



Form vor. Die Evaluation wird parallel abgeschlossen. Der Diskurs über Prävention in diesem spezifischen Bereich der Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil ist inzwischen äußerst produktiv vorangeschritten. Damit ist eine Fachöffentlichkeit entstanden, die auf breiter Ebene den Bedarf nach Präventionsangeboten artikuliert und an der Implementierung vielfältiger Angebote in der Praxis beteiligt ist. All diese Angebote sind für das Kanu-Vorhaben von unschätzbarem Wert. Noch immer lernen wir vor allem durch den Austausch über die unterschiedlichen Präventionsangebote, und die Möglichkeiten der Hilfen und Unterstützungsleistungen für Familien mit psychisch erkrankten Eltern werden weiter exploriert. Zu Fragen der Epidemiologie und damit zu Verbreitung, Krankheitsformen, -last und Häufigkeit psychischer Erkrankungen verfügen wir inzwischen über stabile Kenntnisse; das Gleiche gilt für die Risiken der Familienangehörigen und in noch höherem Maße der Kinder, Belastungen zu kumulieren (GOODMAN et al. 2011; WEISSMAN et al. 2006; LIEB et al. 2002), die zu einer eigenen gesundheitlichen Störung bis hin zur psychischen Erkrankung führen können.

### **Wissenschaftliche Diskussion zur Epidemiologie und Belastungsentstehung**

Die folgenden Verweise auf jüngere Entwicklungen der Fachdebatte sollen dabei unterstützen, die Vielfältigkeit der gegenwärtigen Diskussion aufzunehmen. Für die interessierten Leser und Anwenderinnen können sie zugleich Anregungen zur weiteren Lektüre sein.

Verschiedene Studien im Kindes- und Jugendalter zeigen auf, dass für Kinder mit einem psychisch kranken Elternteil ein deutlich erhöhtes Risiko besteht, selbst an einer psychischen Störung zu erkranken (DOWNEY & COYNE 1990; RAVENS-SIEBERER et al. 2007; ROBINS & REGIER 1991; WEISSMAN et al. 2005). In einer klassischen Studie zur Prävalenz von psychischen Störungen bei Kindern, von denen sich ein Elternteil in psychiatrischer Behandlung befand, zeigten sich bei einem Drittel der Fälle keine, bei einem Drittel vorübergehende sowie bei einem Drittel der Kinder andauernde psychische Störungen oder Verhaltensauffälligkeiten (RUTTER & QUINTON 1984).

Jüngere statistische Daten aus kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen bestätigen diesen Trend: Fast die Hälfte aller Kinder, die in

kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen aufgenommen werden, haben einen Elternteil mit einer psychischen Erkrankung (MATTEJAT & REMSCHMIDT 2008). Unabhängig von der Diagnose haben die Schwere und der Verlauf der psychischen Erkrankung der Eltern einen entscheidenden Einfluss auf die Entwicklung der Kinder (MATTEJAT et al. 2000; WEISSMAN et al. 2005). Die Lebenszeitprävalenz (hierzu SCHOSSER et al. 2006) für Kinder beträgt bei schizophrenen Störungen der Eltern 13 % (gegenüber 1 % in der Allgemeinbevölkerung), bei bipolaren Störungen 11 % (gegenüber 0,8 % in der Allgemeinbevölkerung) und bei einer unipolaren Depression 11,8 % (gegenüber 6 % in der Allgemeinbevölkerung). In Deutschland leben ca. 270.000 Kinder mit einem schizophrenieerkrankten Elternteil und ca. 1.230.000 Kinder mit einem affektiv erkrankten Elternteil zusammen (BEBBINGTON 2000; LENZ 2005; WITTCHEN & JACOBI 2005).

Wie viele Kinder indessen in Deutschland mit einem psychisch kranken Elternteil leben, lässt sich aufgrund einer unzuverlässigen Datenbasis nicht eindeutig beantworten. Häufig wird auf Hochrechnungen und Schätzungen zurückgegriffen. Nach einer Hochrechnung von Mattejat (2006) gibt es in Deutschland ca. 270.000 Kinder mit einem schizophrenieerkrankten Elternteil, ca. 740.000 Kinder mit einem alkohol- oder drogenabhängigen Elternteil, ca. 1.230.000 Kinder mit einem affektiv erkrankten Elternteil sowie 1.555.000 Kinder mit einem an einer Angststörung erkrankten Elternteil (BApK/LISOFSKY 2010, S. 2).

Aus Studien und klinischen Erfahrungen ist mittlerweile gut bekannt, dass die psychische Krankheit eines Elternteils in der Regel das gesamte Familiensystem betrifft. Daher werden psychische Krankheiten, die in Familien auftreten, inzwischen mehrheitlich auch als »Familienkrankheiten« bezeichnet (MÜLLER 2008). Es sollte dabei beachtet werden, dass die Beeinträchtigungen eines Elternteils durch seine psychische Erkrankung und die damit einhergehenden Folgen für die Kinder sehr unterschiedlich ausfallen können. Dies ist unter anderem von der Art und Schwere der Erkrankung abhängig. Als ein Indiz für eine besondere Schwere der Erkrankung kann die Aufnahme des Elternteils in eine stationäre psychiatrische Einrichtung angesehen werden. Nach bisherigen Untersuchungen sind 18 % (BOHUS et al. 1998; SCHONE & WAGENBLASS 2006) bis 27 % (LENZ 2005) der Patientinnen und Patienten, die sich in einer stationären psychiatrischen Behandlung befinden, Eltern minderjähriger Kinder.

Neben den Kindern, die ein erhöhtes Risiko haben, im Verlauf ihrer Entwicklung an einer psychischen Störung selbst zu erkranken (z. B. DOWNEY & COYNE 1990; RUTTER & QUINTON 1984), weisen die betroffenen Elternteile sowie deren Partner (REICH 2003) spezifische Problemlagen und damit verbundene Hilfebedarfe auf, die durch das Versorgungssystem noch nicht adäquat gedeckt werden. Die betroffenen Eltern und Kinder geraten krankheitsbedingt – Kinder beispielsweise durch Stigmatisierung bzw. Diskriminierung, psychisch erkrankte Eltern etwa durch Antriebslosigkeit – oftmals in eine soziale Isolation, die sie aus eigener Kraft meist nicht zu überwinden in der Lage sind. Bislang mangelt es an präventiven, familienorientierten Angeboten für psychisch erkrankte Eltern und deren Kinder.

Die Grundlagenforschung zu den spezifischen Belastungen, die Kinder in den familiären Settings erfahren, wird immer umfassender und differenzierter. Längst existieren Forschungsdesigns, die nicht nur nach den Einschränkungen und Belastungen der Kinder fragen, sondern den Umgang mit der Erkrankung (etwa die Interaktionen in der Familie etc.) und unterschiedliche Formen der Bewältigung und der Resilienz (-bildung) in den Mittelpunkt stellen (MORDOCH & HALL 2008; LENZ 2005; SCHONE & WAGENBLASS 2006; KUHN & LENZ 2008). Damit eröffnen sich für die Prävention und Intervention neue Dimensionen multimodaler Hilfe- und Unterstützungsansätze, die über kindzentrierte Formen der Psychoedukation inzwischen weit hinausgehen.

Der Forschungsstand zu Präventions- und Interventionsmöglichkeiten in der Zielgruppe hat international und national eine große Spannweite bekommen. Pilothaft eingerichtete Vorhaben, die institutionell gut verankert sind, an Versorgungssettings direkt anschließen, interdisziplinär entwickelt und wissenschaftlich begleitet werden, werden immer populärer und gewinnen an Akzeptanz (BEARDSLEE 2002; LENZ 2005, 2007, 2008; MATTEJAT 2008; WIEGAND-GREFE et al. 2011a; WIEGAND-GREFE et al. 2011b).

Für das Risiko von Kindern, selbst zu erkranken, wird in der ätiologischen Diskussion das Zusammenspiel von genetischer Veranlagung und psychosozialen Belastungsfaktoren diskutiert. Die Bedeutung beider Einflussgrößen lässt sich an einer Studie von CASPI et al. (2003) veranschaulichen: Hier nahmen Personen teil, die eine bestimmte Genausprägung haben, die mit einem erhöhten Risiko für die Entwicklung einer Depression oder Angsterkrankung assoziiert wird, sowie Personen

ohne diese Genmerkmale; bei beiden Gruppen wurden umweltbezogene Stressoren (aus den Bereichen Arbeit, Finanzen, Wohnen, Gesundheit, Beziehungen) erhoben. Es zeigte sich, dass die Entwicklung einer Depression nicht allein von der genetischen Ausstattung oder von bestimmten Lebensereignissen abhängt, sondern das Zusammenspiel beider Faktoren krankheitsverursachend wirkt. Das Risiko für die Entwicklung einer Depression ist also gerade dann besonders hoch, wenn eine genetische Veranlagung besteht und die Person zusätzlich belastenden Lebensereignissen ausgesetzt ist. Es kann also festgehalten werden, dass die genetische Veranlagung zu einer erhöhten Vulnerabilität (Verletzbarkeit) bei den betroffenen Kindern führt, nicht jedoch zwangsläufig zu einer Erkrankung.

Alle jüngeren Untersuchungen zu den Auswirkungen der psychischen Erkrankung als Familienerkrankung befinden sich vornehmlich im Schnittfeld psychotherapeutischer, psychiatriebezogener und erziehungswissenschaftlicher Forschung. Nach einer Expertise zum 13. Kinder- und Jugendbericht (KÖLCH 2009) weisen Befunde zu kinder- und jugendpsychiatrisch behandelten Populationen seit Langem darauf hin, dass über die Hälfte der Kinder einen oder zwei psychisch kranke Elternteile besitzt. Umgekehrt zeigen Befunde zur Diagnostik von Kindern psychisch erkrankter Eltern, dass über drei Viertel dieser Kinder eine psychische Auffälligkeit aufweisen können, ohne von den Eltern oder einer anderen Bezugsgruppe als gestört wahrgenommen zu werden (hierzu auch WANG & GOLDSCHMIDT 1996). Dabei ist zur Erklärung des erhöhten gesundheitlichen Risikos der Kinder bedeutsam, dass zwischen einer psychischen Störung der Eltern und der des Kindes keine direkte Verbindung bestehen muss. Die Symptome der Kinder psychisch erkrankter Eltern verweisen vielmehr auf eine sehr breite Palette an somatischen und psychischen Störungsbildern (KÖLCH 2009, S. 4). Entsprechend hoch wird die Häufigkeit psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter eingeschätzt. Nach IHLE und ESSER (2002), die in ihrer Übersichtsarbeit die Ergebnisse der 19 wichtigsten internationalen Untersuchungen zusammengefasst haben, bewegen sich die ermittelten Prävalenzraten bei der Mehrheit der berücksichtigten Studien zwischen 15 % und 22 %, wobei die Befunde wie bei den Erwachsenen darauf hindeuten, dass nur ein geringer Teil der auffälligen Kinder und Jugendlichen (ein Zehntel bis höchstens ein Drittel der Betroffenen) professionelle Hilfen in Anspruch nimmt (HEITMANN & BAUER 2007).

Schwierige Lebensbedingungen konnten in zahlreichen Untersuchungen als Belastung für die kindliche Entwicklung identifiziert werden; diese beeinflussen die Entwicklung von Kindern mutmaßlich negativ. Es zeigte sich, dass belastende Lebensumstände in Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil häufiger auftreten als in der Allgemeinbevölkerung (MATTEJAT 2008). Hierzu zählt die Betreuung durch einen alleinerziehenden Elternteil, was bei der Hälfte der betroffenen Kinder der Fall ist, zudem der Verlust des von der Familie getrennt lebenden Elternteils als wichtiger Bezugsperson (GEHRMANN & SUMARGO 2009). Darüber hinaus gehören schwere Auseinandersetzungen unter den Eltern, mangelnde Harmonie und Zusammenhalt innerhalb der Familie, ein fehlendes soziales Netzwerk, das Unterstützung bietet, sowie beengte Wohnverhältnisse zu den belastenden Lebensbedingungen (MATTEJAT et al. 2000). Zudem sind Kinder von psychisch bzw. suchtkranken Eltern einem 2- bis 5-fach erhöhten Risiko ausgesetzt, Vernachlässigung, körperliche oder seelische Misshandlungen bzw. sexuellen Missbrauch zu erleiden. Die Indikatoren für schwierige Lebensbedingungen sind häufig mit einem niedrigen Bildungsniveau der Eltern und Einkommenslosigkeit (aus eigener Erwerbsarbeit) assoziiert. Zudem verstärken mangelnde Integration und Isolation, die mutmaßlich häufiger bei Familien mit Migrationshintergrund anzutreffen sind, die problematischen Lebensumstände der Kinder (GEHRMANN & SUMARGO 2009). Treten mehrere der genannten Risikofaktoren gleichzeitig auf, spricht man von kumulierenden Risiken. In diesen Fällen erhöht sich die Erkrankungswahrscheinlichkeit der Kinder (RAVENS-SIEBERER et al. 2007a).

### **Die Perspektive der Kinder – zu selten eingenommen**

Trotz des mittlerweile umfangreichen Wissens aus der epidemiologischen Diskussion existieren nur wenige Studien, die die Perspektive der Kinder psychisch erkrankter Eltern aufnehmen (z.B. MORDOCH & HALL 2002). Eine Untersuchung von LENZ (2005) liefert erste Hinweise darauf, inwieweit die Elternerkrankung aus Sicht der Kinder als Belastung und zu bewältigende Aufgabe wahrgenommen wird. Hierbei wurden Kinder und Jugendliche im Alter von 7 bis 18 Jahren zur Erkrankung und psychiatrischen Behandlung ihrer Eltern befragt. Den Ergebnissen zufolge leiden die Kinder unter der permanenten Angst vor

Krankheitsverschlechterung; das damit verbundene Wissen um die Möglichkeit einer erneuten stationären elterlichen Behandlung führt zu starken Trennungsängsten. Die Kinder beobachten daher das elterliche Verhalten aufmerksam und registrieren sehr sensibel Signale, die auf eine Krankheitsverschlechterung hindeuten. Die Zeit der Klinikbehandlung stellt oftmals eine schmerzhafteste Verlusterfahrung dar; erfolgt eine Einweisung des betroffenen Elternteils im Zwangskontext, kann dies bei den Kindern sogar ein Trauma auslösen. Kinder psychisch erkrankter Eltern zeigen aber auch vermehrt Angst vor einer möglichen Vererbung der elterlichen Krankheit, sie befürchten oftmals, im späteren Verlauf ihres Lebens selbst an einer psychischen Störung zu erkranken.

MATTEJAT (2008) verweist darauf, dass viele Eltern versuchen, ihre psychische Erkrankung gegenüber ihren Kindern zu verheimlichen. BOHUS et al. (1998) folgerten aus Befragungsergebnissen, dass bei den 5- bis 10-Jährigen lediglich ein Viertel über die elterliche Erkrankung informiert ist, bei den 11- bis 14-Jährigen ist etwa die Hälfte und bei den 15- bis 18-Jährigen sind gut zwei Drittel über die elterliche Krankheit informiert. Eine weitere Belastung erleben Kinder psychisch erkrankter Eltern durch die gesellschaftliche Stigmatisierung, die nach wie vor bei psychischen Störungen stärker vorhanden ist als bei körperlichen Erkrankungen (RÜSCH et al. 2005). Wird bekannt, dass eine Person psychisch erkrankt ist, erlebt diese häufig Ablehnung und diskriminierendes Verhalten (WAHL 1999; VON KARDORFF 2010). Dies führt auch für Kinder psychisch erkrankter Eltern zu belastenden Abwertungserlebnissen durch außenstehende Personen oder den Freundeskreis (MATTEJAT 2008). Insbesondere junge Kinder haben oftmals ein negativ gefärbtes Bild von psychischen Erkrankungen (WAHL 2002) und reagieren mit Schamgefühlen.

Einen zusätzlichen Risikofaktor in der kindlichen Entwicklung stellen Erziehungsschwierigkeiten der Eltern dar. So zeigten MATTEJAT et al. (2000), dass depressiv und schizophran erkrankte Eltern häufig Störungen im kognitiven, emotionalen und Verhaltensbereich aufweisen. Hierzu zählen beispielsweise eine reduzierte Gestik und Mimik sowie begrenzte kommunikative Fähigkeiten. Zudem reagieren viele der erkrankten Eltern weniger unmittelbar und weniger positiv auf die Aufmerksamkeitssuche ihrer Kinder. Sie äußern sich darüber hinaus öfter negativ gegenüber den Kindern und bringen ihnen eine erhöhte Feind-

seligkeit entgegen. In einer australischen Studie bei Eltern mit chronischen, affektiven oder schizophrenen Störungen wurde eine reduzierte Interaktion zwischen Kindern und Eltern identifiziert. Darüber hinaus weisen Erkenntnisse darauf hin, dass Kinder gerade im jungen Alter sozial isoliert sind, wenn die Eltern sie nicht beim Herstellen von Kontakten zu Gleichaltrigen unterstützen können. Soziale Unterstützung wird von den betroffenen Eltern in der Regel in der Kernfamilie abgerufen, insbesondere vom Partner oder den Großeltern. In den Familien, in denen keine soziale Unterstützung vorhanden ist, werden häufig sowohl die Betreuung der Kinder als auch der Haushalt vernachlässigt. Die Autoren der Studie schlussfolgern, dass durch die Interaktionsstörungen zwischen Kindern und Eltern für viele der betroffenen Kinder das Risiko für emotionale Probleme und Verhaltensauffälligkeiten erhöht ist (THOMAS & KALUCY 2003).

Neben der Identifizierung von Faktoren, die das Risiko für die Entwicklung einer psychischen Erkrankung oder Verhaltensauffälligkeit erhöhen, lassen sich inzwischen aber auch Schutzfaktoren und Ressourcen benennen, die zu einer gesunden psychischen Entwicklung beitragen (Resilienz). Resilienz bezeichnet ganz allgemein die Möglichkeit, trotz vorliegender Risikofaktoren bzw. Belastungen psychisch gesund zu bleiben oder nach einem kritischen Lebensereignis die psychische Stabilität zurückzugewinnen. In verschiedenen Studien wurde inzwischen untersucht, was Kinder auszeichnet, die sich trotz vielfacher Belastungen und Risiken »stabil« entwickeln können. Dabei konnte eine Reihe von Schutzfaktoren identifiziert werden, die sich unabhängig davon, ob das Kind nun mit der Scheidung der Eltern, Vernachlässigung oder einer psychischen Erkrankung der Eltern konfrontiert war, als hilfreich für eine gesunde psychische Entwicklung erwiesen (WERNER 2008; LENZ 2008; ERHART et al. 2007). Als personale, also der kindlichen Persönlichkeit zugehörige Schutzfaktoren werden u. a. folgende Eigenschaften verstanden: spezifische Temperamentsmerkmale wie beispielsweise ein gutes Anpassungsvermögen und eine positive Stimmungslage; eine differenzierte Wahrnehmung der eigenen Gefühle; situationsangemessenes Verhalten; soziale, kommunikative und kognitive Kompetenzen; eine hohe internale Kontrollüberzeugung (das Kind nimmt ein positives Ereignis als Folge des eigenen Verhaltens wahr) sowie ein positives Selbstkonzept. Zu den familiären Ressourcen bzw. Schutzfaktoren zählen: eine feste emotionale Bindung an die Bezugs-

person; ein positives Familienklima, das Orientierung und Akzeptanz vermittelt; eine gute Paarbeziehung der Eltern; eine Familienstruktur, die durch eine emotionale Bindung der Familienmitglieder untereinander sowie durch Anpassungsfähigkeit im Hinblick auf Veränderungen geprägt ist. Soziale Ressourcen bzw. Schutzfaktoren sind: soziale Unterstützung durch außerfamiliäre Bezugspersonen, Integration in soziale Netzwerke, Kontakte zu Gleichaltrigen.

Nach vorliegenden Erkenntnissen haben psychisch erkrankte Eltern ein höheres Risiko für dysfunktionales Erziehungsverhalten. Insbesondere bei erkrankten Müttern kann die psychische Störung zu einer Beeinträchtigung der Versorgung und Erziehung der Kinder führen (LENZ 2005). DENEKE und LÜDERS (2003) beschreiben Störungen der elterlichen Fähigkeit, eine stabile Bindung herzustellen, sowie signifikante elterliche Interaktionsdefizite bereits im Säuglingsalter. Zu den Interaktionsdefiziten gehören eine vorübergehend oder dauerhaft mangelnde Responsivität, ein eher passives Verhalten, eine begrenzte kommunikative Ausdrucksfähigkeit (Unterstimulation), die verzögerte Reaktion auf Signale der Kinder sowie Formen der emotionalen Nichterreichbarkeit. Eltern mit emotional instabilen Persönlichkeitsstörungen zeigen oftmals ein stark wechselndes Interaktionsverhalten. Dieses unberechenbare Verhalten ist offenbar am stärksten mit Formen früher Vernachlässigung verbunden (DENEKE 2008). Neuere Erkenntnisse geben Hinweise darauf, dass elterliche Persönlichkeitsstörungen Kinder besonders stark belasten (WIEGAND-GREFE et al. 2011c, S. 230). Untersuchungen zur elterlichen und familiären Belastungssituation können bereits wichtige Hinweise auf das Belastungserleben von Kindern psychisch erkrankter Eltern geben (s. hierzu Tabelle 1, vgl. BAUER et al. 2010).



**TABELLE 1** Typologie der krankheitsinduzierten Belastungen, der Bewältigungsversuche sowie der Folgen für die Eltern-Kind-Interaktion. Darstellung in Anlehnung an Bauer et al. 2010.

Elternebene	Kinderebene
<ul style="list-style-type: none"> <li>● begrenzte kommunikative Ausdrucksfähigkeit (Unterstimulation); Gefühle nicht zeigen (reduzierter Affektausdruck); Defizite im kognitiven und emotionalen Bereich (manische Phasen, lange Auszeiten); direkte Abwesenheit durch Therapie, indirekte Abwesenheit im Alltag</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Verlusterfahrungen, Trennungsängste, -traumata; Verunsicherungen (etwa unzureichendes Wissen über die elterliche Erkrankung, Angst vor neuen Akutphasen)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● weniger direkte und seltener positive Reaktionen auf die Aufmerksamkeitssuche der Kinder (emotionale Nichterreichbarkeit); Überforderung, vorübergehend oder dauerhaft mangelnde Responsivität; erhöhte Hostilität (Feindseligkeit); rasch wechselndes Interaktionsverhalten (unberechenbares Verhalten)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Angst davor, selbst zu erkranken; Schutzsuche</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Störungen, stabile Bindungen herzustellen (elterliche Interaktionsdefizite bereits im Säuglingsalter); Schamgefühle gegenüber den Kindern; Tabuisierung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Schuldübernahme; Schuldgefühle; übersteigertes Verantwortungsgefühl für Eltern; Loyalitätskonflikte (Abschotten nach außen); Abwertungs- und Stigmatisierungserfahrungen im Umfeld; Schamgefühle, Schämen für Eltern; geringerer Peer-Kontakt; Tabuisierung</li> <li>● keine emotionale Entlastung in der Familie; frühes »Erwachsenwerden« (Rollenumkehr / Parentifizierung); Distanzierung, Abgrenzung</li> <li>● die Kinder beginnen, ein eigenständiges Bewältigungshandeln auszubilden, »Rhythmus finden« und »Rahmen aufrechterhalten« (vgl. MORDOCH &amp; HALL 2008), mit dem sie das Familienleben zu strukturieren versuchen</li> </ul>

Kinder sind nach übereinstimmenden Erkenntnissen in akuten Krisensituationen (wie Suiziddrohungen und Zwangseinweisungen) besonders stark durch negativ erlebten Stress belastet (MATTEJAT 2008; LENZ 2005). Vor allem die Zeit der klinischen Behandlung eines erkrankten Elternteils wird von Kindern und Jugendlichen oftmals als Anstoß für

den Prozess der Rollenumkehr erlebt. Sie übernehmen die Verantwortung für die Haushaltsführung, die Versorgung und Betreuung von jüngeren Geschwistern sowie die Versorgungssituation der Eltern (erhöhte Rücksichtnahme aus Angst vor einem Rückfall).

### **Der Einfluss von Kontextfaktoren – Forschung in den Kinderschuhen**

Bis in die jüngere Forschungsdiskussion hinein existieren nur vage Hinweise darauf, wie sozial ungleich solche Handlungsressourcen verteilt sind, die das Verhältnis zwischen Belastungen und Aneignungs- bzw. Bewältigungskapazitäten bestimmen. Diese Hinweise sind jedoch gerade im Falle psychischer Erkrankungen aufschlussreich. Es zeigt sich nämlich, dass psychische Störungen überproportional häufig Angehörige der ressourcenschwachen Bevölkerungsgruppen treffen, sie folgen damit dem sozialen Gradienten der somatischen Erkrankungen im Erwachsenenalter. Bei den psychischen Erkrankungen wiederholt sich also das bekannte Muster der sozial bedingten gesundheitlichen Ungleichheiten, wonach jene Gruppen, die über das wenigste ökonomische, kulturelle und soziale Kapital verfügen, a) das höchste Erkrankungsrisiko aufweisen und b) bei der Nutzung der entsprechenden Versorgungsangebote in geringerem Maße teilhaben (z. B. COSTA-FONT & GIL 2008; NADEEM et al. 2008). Dieses Muster bildet sich annähernd gleichförmig ab, wenn auf die Anfälligkeit für psychische Störungen unter Kindern und Jugendlichen fokussiert wird. Daten der ersten World-Vision-Kinderstudie (HURRELMANN et al. 2007) unterlegen sehr eindrucksvoll, wie sozial ungleich das kindliche Wohlbefinden verteilt ist. Die Erkenntnisse der sogenannten BELLA-Studie im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) bestätigen dies für den Zusammenhang zwischen dem psychischen Wohlbefinden (emotionale Probleme, Hyperaktivitäts-, Verhaltensprobleme, Probleme mit Gleichaltrigen und prosoziales Verhalten) und dem Sozialstatus von Kindern und Jugendlichen im Alter zwischen 7 und 17 Jahren (s. Tabelle 2).

**TABELLE 2 Prävalenz psychischer Auffälligkeiten nach Sozialstatus**  
(Quelle: Ravens-Sieberer et al. 2007b)

	Möglich	Wahrscheinlich
niedriger sozioökonomischer Status	18,1 %	13,2 %
mittlerer sozioökonomischer Status	12,2 %	8,6 %
hoher sozioökonomischer Status	7,6 %	8,9 %

Ähnliches gilt für die gesundheitsbezogene Lebensqualität (körperliches und emotionales Wohlbefinden, Selbstwert, Wohlbefinden in der Familie sowie in Bezug auf Gleichaltrige und Schule; RAVENS-SIEBERER et al. 2007a). Es gelangt ein sozialer Gradient zur Ausprägung, der die Ungleichverteilung gesundheitlicher Belastungen kennzeichnet. Ein ergänzender Trend zeigt sich mit Blick auf die vorhandenen Unterstützungspotenziale. Familien mit geringem sozioökonomischen Status, die also bereits mehr gesundheitliche Probleme aufweisen, haben nach den vorliegenden Erkenntnissen auch geringere Möglichkeiten, ihren Kindern Unterstützung anzubieten. Wiederum kommt hier eine spezifische soziale Ungleichverteilung zur Geltung. Auf Grundlage der Erkenntnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) können familiäre und soziale Ressourcen verglichen werden, die als Risiken bzw. protektive Faktoren für die psychische Entwicklung angesehen werden (s. Tabelle 3).

**TABELLE 3 Familiäre und soziale Ressourcen sowie die Familienform nach sozioökonomischem Status** (Quelle: Erhart et al. 2007)

	Familiäre Ressourcen		Soziale Ressourcen		Familienform
	grenzwertig	defizitär	grenzwertig	defizitär	unvollständig
niedriger sozioökonomischer Status	7,5 %	10,1 %	14,7 %	14,9 %	26,3 %
mittlerer sozioökonomischer Status	6,9 %	6,4 %	14,2 %	10,3 %	11,7 %
hoher sozioökonomischer Status	7,3 %	4,4 %	8,6 %	7,3 %	5,2 %

Eine grenzwertige oder defizitäre Ausstattung mit familiären und sozialen Ressourcen ist danach häufiger in den niedrigen Einkommens- und Statusgruppen. Ähnliches gilt für die Quote derjenigen Kinder, die nach Daten des Kinder- und Jugendgesundheits surveys in unvollständigen Familien (ohne zwei Elternteile) aufwachsen. Auch hier ist die Quote der Kinder in einer Risikokonstellation, bei der wir geringere Unterstützungspotenziale erwarten können, in der ressourcenschwachen Gruppe höher als in den statushöheren Vergleichsgruppen. Hinsichtlich der Unterstützung durch jene Ressourcen, von denen wir glauben, dass sie das Bewältigungsverhalten in einer so schwierigen Situation wie der psychischen Erkrankung eines Elternteils positiv beeinflussen können, zeigt sich eine Verschärfung der Problematik. Hiernach ist die Wahrscheinlichkeit einer psychischen Erkrankung in den ressourcenschwachen Milieus höher. Gleichzeitig sind dies jene Lebensumstände der Heranwachsenden, in denen andere Risikofaktoren ohnehin schon stärker ausgeprägt sind (eigene psychische Belastungen, geringeres gesundheitliches Wohlbefinden, geringere soziale und familiäre Ressourcen). Das bedeutet, dass die erhöhte Vulnerabilität der Kinder psychisch erkrankter Eltern mit der Prekarität ihrer Lebensumstände und der Fragilität möglicher Unterstützungspotenziale durchaus in Verbindung stehen kann. Die Forschung der kommenden Jahre wird zu dieser wichtigen Frage, die auch die Praxishilfen betrifft, sicherlich Aufschluss geben können.

### **Die Schnittstelle zwischen Jugendhilfe und Erwachsenenpsychiatrie**

Insgesamt zeigt sich für den Bereich der Schnittstelle zwischen der Erwachsenenpsychiatrie und der Kinder- und Jugendhilfe eine sehr schmale Forschungslage, die zudem eher explorativen Charakter hat. Obwohl erste empirische Erkenntnisse zu den Hilfen zur Erziehung (HzE) eine stetige Verschärfung familiärer Belastungslagen offenlegen (FRINDT 2010), hat sich an einem solchen grundsätzlichen Forschungsbedarf bisher nicht viel geändert. Dabei verweisen die existierenden Bestandsaufnahmen auf den hohen Anteil belasteter Eltern in der Jugendhilfe, die aber aufgrund vielfach gering ausgeprägter Kooperation nicht bedarfsgerecht versorgt werden.

**TABELLE 4 Befunde zur quantitativen Bedeutung elterlicher psychischer Erkrankungen in der Jugendhilfe**

Anteil elterlicher psychischer Störungen im Bereich HzE	Studie/Quelle
ca. 10 % (Stichtag: 31.12.1998), psychiatrische Diagnose, ohne Dunkelziffer	SCHONE & WAGENBLASS 2006
ca. 33 % (Zeitraum: 01.09.–30.10.2006), im Setting der kollegialen Fallberatung, psychiatrische Diagnose und Verdacht	SCHMUTZ 2010

Eine regionale Analyse ermittelt einen Anteil von 10 % der Hilfen zur Erziehung (HzE), in denen mindestens ein Elternteil eine psychiatrische Diagnose aufweist (s. Tabelle 4). Dabei führt die Annahme eines Treatment Gap im Falle psychischer Erkrankungen (Treatment Gap: »Behandlungsgraben«, d. h. die Nicht-Inanspruchnahme von Behandlungsangeboten trotz Therapiebedarf) dazu, von einem fünf- bis siebenfachen Anteil der Eltern bzw. Elternteile mit einer psychischen Störung auszugehen, die HzE-Maßnahmen in Anspruch nehmen (SCHONE & WAGENBLASS 2006). SCHMUTZ (2010) weist bei der Analyse in vier Jugendamtsbezirken darauf hin, dass es in ungefähr einem Drittel der Familien um eine bereits diagnostizierte oder vermutete psychische und/oder Suchterkrankung eines Elternteils ging, 44 % der Kinder wurden dabei mit dieser Thematik direkt konfrontiert, aber in nur ca. 25 % der Fälle hat es »gelingende« Kontakte mit der Erwachsenenpsychiatrie gegeben.

Vorliegende empirische Befunde zeigen, dass elterliche psychische Störungen im System der Jugendhilfe eine wesentliche quantitative Größe darstellen. Zudem werden für Familien mit einem psychisch kranken Elternteil unterschiedliche Systeme aktiv (Kinder- und Jugendhilfe, Erwachsenenpsychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Sozialpädiatrie und die gesetzliche Betreuung), die indes kaum Überschneidungen oder eine gemeinsame Kenntnis- und Handlungsbasis aufweisen. Die vorliegenden, zumeist explorativen Erkenntnisse legen nahe, dass eine Zusammenarbeit durchaus positiv ausfallen kann, dass diese aber von der je zufälligen Bedingung einer engen persönlichen Verbindung der jeweiligen Akteure abhängt. Die generelle und über eine individuelle Fallebene hinausweisende professionelle Kooperation hingegen ist oft noch unüblich (SCHRAPPE 2011). Insgesamt bilden sich inzwischen

deutlich die Spannungsfelder der Kooperation ab (SCHONE & WAGENBLASS 2006, S. 146 ff.), die über fehlende Expertise und Ressourcenengpässe als häufigste Hindernisse sektorenübergreifender Versorgungsmodelle hinausgehen. Die Spannungsfelder seien wie folgt skizziert: Die Kontroverse »Kindeswohl versus Elternwohl« weist darauf hin, dass beide Helfersysteme advokatorisch, also parteiisch, vorgehen und dem Wohlergehen ihrer jeweiligen Klienten den Vorrang einräumen. Das traditionelle Doppelmandat (»Hilfe versus Kontrolle«) der sozialen Arbeit führt zu einer negativen Wahrnehmung der Jugendhilfe als repressives staatliches Organ (v.a. des Jugendamtes als »Kinderklaubehörde«) und verringert die Kooperationsbereitschaft. Der Professionskonflikt hebt auf die Konkurrenz zwischen den »etablierteren« Professionen in der Psychiatrie und den »jungen« Professionen der Jugend- und Familienhilfe ab. Die kollegiale Kooperation mit der Psychiatrie gehört vielfach noch nicht zum gängigen Erfahrungsschatz der Kinder- und Jugendhilfe (und umgekehrt).

## **Gemeinsam weiterkommen – Wege in die Praxis**

In dem Bericht an die Gesundheitsministerkonferenz (GMK) der AG Psychiatrie der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG 2012, S. 24 f.) werden Versorgungsmodelle für die Psychiatrie skizziert, die »sektorenübergreifende stationäre, ambulante und komplementäre Angebote umfassen« sollen, die »die Bereiche Prävention, Behandlung, Rehabilitation, Pflege, Wohnen, Arbeit bzw. Tagesstrukturierung bzw. Teilhabe am gesellschaftlichen Leben integrieren [...], multiprofessionelle Kooperation verbindlich fordern und honorieren, sowohl Diagnose- als auch Kostenträger-übergreifend« sind, »um alle Patientinnen und Patienten mit entsprechendem Bedarf zu umfassen«, und die »durch Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen die Inklusion aktiv fördern.«

Die derzeitige Unterversorgung im Bereich psychischer Störungen führt zu andauernder familiärer Belastungskumulation und in der Folge zu erheblichen volkswirtschaftlichen Mehrkosten durch Arbeitsunfähigkeit und Fehlbehandlung (WITTCHEN & JACOBI 2001). Die zuneh-

mende Breite einer wissenschaftlich geführten Diskussion bedeutet für die Praxis, dass für eingeschliffene Umgangsweisen – die die Kinder psychisch erkrankter Eltern kaum ihrem Bedarf nach berücksichtigen – künftig weniger Raum sein wird. So positiv die Entwicklung aber auch erscheint, wenn heute Fortschritte in der Forschungsdiskussion zu verzeichnen sind, die das Präventionsthema in einem interdisziplinären Dialog verbreitern, so offensichtlich sind auch die verbleibenden »Baustellen«. Inzwischen wird immer deutlicher, dass gerade in Deutschland die bestehenden Versorgungsstrukturen für einen professionellen Aufgabenmix noch nicht gerüstet sind, der den Versorgungs- mit dem Präventionsbereich effektiv zu verbinden in der Lage wäre. Noch immer herrschen hier starre Aufgabenteilungen vor, die Präventionspotenziale ungenutzt lassen. Die Typik solcher Schnittstellenproblematik hat in vielen Einrichtungen der stationären Versorgung längst dazu geführt, die Versorgungsorganisation selbstständig zu überdenken, Veränderungen einzuführen (etwa Anamnese-schemata bei betroffenen Familien u. a.) und damit einer Öffnung des therapeutischen Bereichs für präventive Potenziale den Weg zu ebnen.

Aus einigen Untersuchungen sind bestehende Kooperationshürden der professionellen Hilfesysteme für eine wirkungsvolle Prävention bei Kindern psychisch kranker Eltern bereits bekannt (SCHÖNE & WAGENBLASS 2006; SCHMUTZ 2010). Unter anderem tragen das unzureichende Wissen (sowohl in der Jugendhilfe als auch in der Erwachsenenpsychiatrie) über die Lebenssituation und die möglichen Gefährdungen der betroffenen Kinder sowie ein mangelndes Wissen über die Unterstützungsmöglichkeiten aus dem jeweils anderen Hilfesystem dazu bei, dass Hilfen ineffektiv sind oder nicht initiiert werden. Besonders selten anzutreffen ist eine interdisziplinäre Perspektive, die aber notwendig wäre, um die Handlungsansätze der beteiligten Institutionen und Fachkräfte miteinander zu verknüpfen. Demzufolge beziehen sich soziale Betreuungs- und Unterstützungsangebote von Psychiatrie und Jugendhilfe in der Regel lediglich auf Teile des Familiensystems, nicht zuletzt, da die Finanzierungswege zergliedert und die Kommunikation zwischen den Beteiligten unzureichend ist.

Das Kanu-Vorhaben wurde auch als Plattform genutzt, um eine Verständigung über Leistungsfähigkeit und -grenzen der einzelnen Institutionen über die vorhandenen Schnittstellen hinweg zu erreichen und die Kommunikation zwischen den professionellen Akteuren in der Er-

wachsenenpsychiatrie und Jugendhilfe sowohl anzustoßen als auch zu verbessern. Im Rahmen von Workshops und Fachtagungen sollte die Sensibilität für den jeweils anderen Leistungsbereich erhöht und eine nachhaltige Kooperation erreicht werden. Noch immer aber werden in der Erwachsenenpsychiatrie die Lebenslagen der Kinder zum Teil kaum problematisiert. Das Paradoxe dieser Situation ist, dass immer wieder von »familienorientierten Angeboten« gesprochen wird, die aber in der Prävention mit psychisch erkrankten Eltern nicht flächendeckend stattfinden. Schnittstellenarbeit, die die gelingende Arbeit mit Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil kennzeichnet, muss daher auch im Bereich der Vernetzung und Qualifizierung stattfinden. Hierzu gehören Workshops, Fortbildungen, Praktikertagungen und praxisnahe Publikationen (u. a. BAUER et al. 2012).

### Psychiatriebezogene Forderungen

In dem Bericht an die Gesundheitsministerkonferenz (GMK) der AG Psychiatrie der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG 2012, S. 23) wird darauf hingewiesen,

- » dass Kinder psychisch kranker und suchtkranker Eltern erstens ein erhöhtes Risiko haben, selbst zu erkranken, und zweitens Belastungen ausgesetzt sind, die einer förderlichen Entwicklung zuwiderlaufen können.« Aus diesem Grund »sollte im Sinne von Prävention und früher Intervention ein besonderes Augenmerk auf diese Zielgruppe gelegt werden. Noch immer wird der Tatsache, ob eine Patientin oder ein Patient der Erwachsenenpsychiatrie Kinder hat, mit ihnen oder ohne sie lebt, nicht ausreichend Rechnung getragen. [...] Die Angst, dass die eigene Erziehungsfähigkeit in Frage gestellt wird, führt zu Vorbehalten, Hilfen z. B. beim Jugendamt nachzufragen. Hier ist die Erwachsenenpsychiatrie in besonderem Maße gefordert, nicht nur das ›Elternsein‹ ihrer Patienten besser in den Blick zu nehmen, sondern auch mit anderen Hilfesystemen wie der Eingliederungshilfe, den Trägern freier und öffentlicher Jugendhilfe zielorientiert zusammen zu arbeiten. «

Entsprechend betont die Nationale Versorgungsrichtlinie »S3-Leitlinie« die Situation der Kinder psychisch erkrankter Patienten:

- » Depressive Störungen haben darüber hinaus gravierende Auswirkungen auf die sozialen Beziehungen und die Arbeitsfähigkeit der Betroffene



nen. Nicht nur für den Betroffenen selbst ist eine depressive Störung mit zahlreichen Beeinträchtigungen verbunden, sie stellt auch an Partner und Familienangehörige enorme Anforderungen und erfordert ein hohes Maß an Verständnis und Geduld. Familiäre und Partnerbeziehungen sind häufig in Mitleidenschaft gezogen, wenn ein Familienmitglied an einer Depression erkrankt. Eine Depression eines Elternteils kann zu erheblicher Verunsicherung der Kinder und zu einer möglichen Vernachlässigung der Kinder führen. Studien konnten bei Kindern depressiver Mütter eine verlangsamte motorische und geistige Entwicklung, Schulprobleme, Verhaltensauffälligkeiten und verringertes Selbstwertgefühl nachweisen.« (DGPPN et al. 2009, S. 53)

Ferner werden die therapeutischen Potenziale psychoedukativer Kinderangebote für die Eltern hervorgehoben (ebd., S. 81), die Wirkung der Kindereinbeziehung als Suizidprävention (ebd., S. 93, 163), und schließlich wird die Schlüsselfrage zu den Behandlungszielen und zu dem Einbezug von Patienten und Angehörigen formuliert: »Wie können Beratung und Einbezug von Angehörigen gestaltet sein (ggf. auch die Versorgung z. B. von Kindern psychisch kranker Eltern)?« (ebd., S. 181).

Wie unsicher intersektorale Versorgungskonzepte in ihrer Ausprägung noch sind, verdeutlichen die Empfehlungen an die GKM durch die AOLG:

- » Die Finanzierung ist nicht gesichert, sondern muss von den Leistungserbringern im Einzelfall mit den Kostenträgern verhandelt werden und ist oft nicht kostendeckend. Hier ist dringend Abhilfe zu schaffen. Eine besondere Belastung stellen Klinikaufenthalte der Eltern dar. Hier ist es zunächst Aufgabe der Klinik zu eruieren, wie die Kinder versorgt sind, ob zusätzliche Hilfen einzuleiten sind. Ein Beispiel für derlei Hilfen sind z. B. ›Patenschaften‹. Auch sind z. B. Sprechstunden in den Krankenhäusern von Leistungserbringern aus dem Bereich Kinder- und Jugendhilfe eine Möglichkeit, Eltern die Angst vor diesen Institutionen zu nehmen. [...] Auch ein offener Umgang mit der Thematik ›Erziehungsfähigkeit‹ ist vonnöten. Während einer akuten psychotischen Episode können Kinder gar nicht die erforderliche Aufmerksamkeit und Zuwendung ihrer Eltern bekommen. Hier rechtzeitig – insbesondere bei chronischen Erkrankungen – gemeinsam mit den Eltern Strategien zu entwickeln, wie Kinder Belastungssituationen besser überstehen kön-

nen, ist dringend notwendig. [...] Ein Grundwissen über Formen psychiatrischer Erkrankungen sollten Eingang finden in die Aus- und Fortbildung für Erzieherinnen und Erzieher, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Pädagoginnen und Pädagogen sowie Lehrerinnen und Lehrer. Auch die Sensibilisierung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Einrichtungen der Eingliederungshilfe stellt einen Fortschritt dar. Diese erfahren oft frühzeitig von Problemen oder sich anbahnenden Krisen, so dass diese auch Hilfen anbahnen können. « (AOLG 2012, S. 23)

## Finanzierungsbedingungen

Für Präventionsvorhaben sind die Möglichkeiten der Finanzierung von entscheidender Bedeutung. Aus diesem Grund besteht das Kanu-Projekt an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Bielefeld/Bethel in einer engen Kooperationsbeziehung mit der Stadt Bielefeld (Übernahme von Kosten in der Pilotphase und Teilfinanzierung in der Phase der Überführung in das Regelangebot). Wesentliche Weichenstellung für den Weg in die Regelversorgung ist damit die Lösung der Finanzierungsfrage. Dabei ist es möglich, unterschiedliche Wege der Finanzierung zu verfolgen. So als Mischfinanzierung (GKV, Kommunen, Jugendhilfe etc.) mit Rekurs auf die gesetzlichen Grundlagen im SGB V (§§ 27/39; § 38; §§ 24/41; § 20) sowie im SGB VIII (§§ 8/22/27 ff). Zentral für solche Finanzierungslösungen ist die Kooperation von Leistungserbringern und -trägern. Daher müssen Kommunikations- und später Kooperationskanäle geschaffen werden, in die die kommunalen Stellen (Träger der Jugendhilfe, Sozialdezernat, Kämmerer etc.) so früh wie möglich einbezogen werden. Für die Eröffnung solcher Verfahren zur Finanzierbarkeit von Präventionsarbeit spricht der Zeitgeist-Vorteil, den auch ein Vorhaben wie Kanu erfahren hat: Psychische Erkrankungen »dürfen« aktuell thematisiert werden und die Notwendigkeit neuer Hilfe- und Versorgungsangebote wird allenthalben eingesehen. Die Realisierungsbedingungen erfolgreicher Primärprävention für die in den betroffenen Familien lebenden Kinder werden als gut und vor allem wird erfolgreiche Primärprävention als kostengünstiger angesehen als die langandauernde Versorgung von Kindern, die mit der Hochrisikolage einer Familie mit einem psychisch erkrankten Elternteil konfrontiert sind und soziale und/oder gesundheitliche Folgeprobleme ausbil-

den. Hierzu gehört die Vermeidung von Familien- und Erziehungshilfen und vor allem der kostenaufwendigen Inobhutnahme von Kindern und Jugendlichen, die in ihren Familien nicht mehr leben können, was mit der Finanzierung von Pflegefamilien, sozialpädagogischer Familienhilfe, Vollzeitpflege, Heimerziehung, betreuten Wohnformen, intensiver sozialpädagogischer Einzelbetreuung etc. (SGB VIII, §§ 8/22/27ff.) verbunden ist und die Kommunen als Kostenträger direkt betrifft. Auch wenn die Krankenkassen heute noch sehr zurückhaltend agieren, wächst der Druck der Kosten auf die kommunalen Träger, die ihrerseits auf überregionale Finanzierungsformen angewiesen sind. Dem Präventionsparagrafen (SGB V, § 20) und der Einrichtung eines Präventions- bzw. Gesundheitsförderungsgesetzes kommen mit Blick auf die Möglichkeiten der Finanzierung zweifelsfrei eine besondere Rolle zu. Hierzu sei nur beispielhaft auf die vielfältige Bedeutung von Prävention innerhalb der Diskussion der Gemeindepädagogik verwiesen (siehe hierzu auch: [www.gemeindepädagogik.de/fileadmin/download/FGP10\\_3\\_01\\_M%FCnchner\\_Erkl%E4rung\\_Pruefsteine\\_online.pdf](http://www.gemeindepädagogik.de/fileadmin/download/FGP10_3_01_M%FCnchner_Erkl%E4rung_Pruefsteine_online.pdf)).

## Wissenschaftliche Begleitung

Das Kanu-Projekt ist wissenschaftlich begleitet worden. Hierzu gehört eine begleitende Evaluation, die die subjektive Einschätzung der angebotenen Programme betrifft (s. Kapitel »Evaluation«). Im Rahmen der Vorbereitungsphase wurde zudem eine umfassende Literaturrecherche zu bereits bestehenden nationalen und internationalen Hilfe- und Unterstützungsangeboten für Kinder und Jugendliche psychisch erkrankter Eltern durchgeführt. Diese Recherche verfolgte das Ziel, wirksame Maßnahmen zur Prävention von psychischen Störungen und Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen psychisch erkrankter Eltern zu identifizieren und als Grundlagenwissen für die Konzeption des Präventionsangebots »Kanu – gemeinsam weiterkommen« zu nutzen (REINISCH et al. 2011).

Zudem wurde begleitend zur Kanu-Entwicklung eine qualitative Bedarfsanalyse in 22 Familien durchgeführt, um den Hilfe- und Unterstützungsbedarf von depressiv oder schizophren erkrankten Eltern und ihren Kindern im Alter von sechs bis vierzehn Jahren zu erfassen. Diese Ergebnisse stellten die Grundlage dar, um die Zielgruppenspezifität des Angebots sicherzustellen (BAUER et al. 2010; HEITMANN 2013; LINT-

HORST & REHDER i.E.). Die eigenständige Evaluation des Patenschaftsmoduls ist Teil der Wirksamkeitsanalyse des Projekts (LINTHORST et al. i.E.), in deren Zentrum die Erfassung der Wirkung des Kanu-Präventionsprogramms steht. Diese Wirkungsanalyse basiert auf einem summativen Evaluationsdesign, ist quasi-experimentell als Prä-/Post-Test mit anschließender Follow-up-Befragung ausgerichtet und wurde mit standardisierten Instrumenten zur Wirksamkeitsmessung ausgestattet. Die Auswertung der Befragung wird im Frühjahr 2013 abgeschlossen sein (zu ersten Ergebnissen siehe Kapitel »Evaluation«).

## Rahmenbedingungen der praktischen Durchführung

Das Präventionsprogramm »Kanu – gemeinsam weiterkommen« setzt sich aus vier Bausteinen zusammen, die idealerweise parallel angeboten werden:

1. Eltern-, Kind- und Familien-Gespräche;
2. Kanu-Gruppenprogramm für Eltern;
3. Kanu-Gruppenprogramm für Kinder und Jugendliche;
4. Patenschaften für die Kinder (bei entsprechendem Bedarf).

Das Hauptanwendungsgebiet des Präventionsprogramms liegt im ambulanten Bereich (Praxen, Fachambulanzen, Kontaktstellen, Tagesstätten u. a.). Darüber hinaus ist es erfahrungsgemäß möglich, das Programm im klinisch-stationären Kontext anzubieten.

Da es sich bei unserem Projekt um eine Evaluations-Studie handelt, in der die Effekte und die Wirksamkeit einer definierten Intervention auf die Kinder und Jugendlichen sowie auf das gesamte Familiensystem erforscht werden sollen, werden die vier o.g. Bausteine noch ergänzt durch eine orientierende Eingangsdagnostik mittels SDQ-Fragebogen (Strengths and Difficulties Questionnaire) sowie durch eine Prä-, Post- und Follow-up-Diagnostik mittels Interview und Fragebögen. Der SDQ wird von uns – möglichst im Rahmen des Vorgesprächs – sowohl als Eigen- als auch als Fremdeinschätzung durchgeführt. Bei im Ergebnis deutlich »auffälligen« Kindern und Jugendlichen regen wir immer ein kinder- und jugendpsychiatrisches Konsil zum Ausschluss einer bereits

behandlungsbedürftigen psychischen Erkrankung an. Wichtig erscheint uns dabei, dass die Diagnostik grundsätzlich nicht von Mitgliedern des Interventionsteams durchgeführt wird (in unserer Klinik in Bielefeld/Bethel setzt sich das Diagnostikteam aus wissenschaftlichen Hilfskräften zusammen). Auf die Details der begleitenden Diagnostikmodule soll hier allerdings nicht weiter eingegangen werden, da im Mittelpunkt dieses Manuals die eigentlichen Interventionsbausteine stehen.

Um eine optimale Realisierung zu gewährleisten, sollten bestimmte Aspekte im Hinblick auf

- den zeitlichen und räumlichen Rahmen,
- das methodische Vorgehen und didaktische Hilfsmittel,
- die Teilnehmenden und Moderatoren sowie
- die Einbindung in das regionale Versorgungsnetz

berücksichtigt werden. Im folgenden Überblick werden die wichtigsten Voraussetzungen beschrieben.

### **Überblick: Rahmenbedingungen der praktischen Durchführung**

#### **1. zeitlicher und räumlicher Rahmen**

##### **a. Eltern-, Kind- und Familien-Gespräche**

- erkrankter Elternteil (und Lebenspartner): in der Regel zwei Gespräche
- Kind: in der Regel ein Gespräch
- Familie: in der Regel zwei bis drei Gespräche
- kindgerecht gestaltete Räumlichkeiten (Kuscheltiere, Spielsachen, Kinderbücher u. a.)
- bei Bedarf Gespräch im häuslichen Rahmen der Familie durchführen

##### **b. Kanu-Gruppenprogramm getrennt für Eltern und Kinder / Jugendliche**

- elf Stunden à 90 Minuten
- fortlaufende Gruppe, optimal acht bis zehn Teilnehmende
- Eltern- und Kindergruppe jeweils am selben Wochentag zur gleichen Zeit und am selben Ort
- sinnvollerweise die Kurse zeitgleich anbieten, um den logistischen Aufwand der Familien zu minimieren

#### **2. Methodik / Didaktik**

##### **a. Eltern-, Kind- und Familien-Gespräche**

- Moderation der Gespräche durch zwei fachlich qualifizierte Mitarbeitende
- Gesprächsleitfaden nutzen

### **b. Kanu-Gruppenprogramm für Eltern**

- Moderation der Gruppe durch zwei fachlich qualifizierte Mitarbeitende
- Gruppenteilnehmende als Gesprächspartner verstehen
- aktive Einbeziehung der Erfahrung der Teilnehmenden
- Wechsel von Informationsvermittlung und Gruppengesprächen
- Präsentationsfolien und Handouts, um die Informationsvermittlung zugänglicher zu gestalten

### **c. Kanu-Gruppenprogramm für Kinder**

- zwei fachlich qualifizierte Moderatorinnen bzw. Moderatoren
- Eingangs- und Abschlussritual festlegen
- Kanu-Regeln vermitteln
- nach ca. 45 Minuten eine zehnminütige (Trink-)Pause

## **3. Mitarbeitende des Interventionsteams und Teilnehmende**

### **a. Mitarbeitende des Interventionsteams**

- psychotherapeutische Basiskompetenz
- Praxiserfahrung in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen bzw. mit psychisch erkrankten Menschen
- möglichst Erfahrung mit eigenen Kindern
- Kenntnis des regionalen Hilfesystems

### **b. Teilnehmende**

- störungsübergreifend
- Interesse an den Inhalten
- Bereitschaft zur Teilnahme
- Alter der Kinder: sechs bis vierzehn Jahre

## **4. Kontext**

- bei Bedarf Kooperation mit weiteren institutionellen Hilfen bzw. Vermittlung an sie (sozialpädagogische Familienhilfe, ambulante Wiedereingliederungshilfe, psychiatrische Pflege)
- wünschenswert: Teilnahme der (Ehe-)Partner am Programm

## **Prinzip der Niedrigschwelligkeit**

Grundsätzlich steht für die Teilnahme am Kanu-Projekt das Prinzip der Niedrigschwelligkeit im Vordergrund. Das bedeutet u. a., dass möglichst wenig bürokratische Hürden genommen werden müssen. Darüber hinaus sollte das Angebot kostenlos sein, damit die oft schwierige

finanzielle Situation der Familien kein Hindernis darstellt. Die familiäre Situation und die Bedürfnisse der Familien sollten möglichst flexibel berücksichtigt werden. Das kann Unterstützung der Eltern bei der Organisation der Teilnahme am Projekt bedeuten, Fahrdienst, Kinderbetreuung bei sehr jungen Kindern oder in Einzelfällen Übernahme der Fahrtkosten. Teilweise finden einzelne Familiengespräche auch im häuslichen Umfeld der Familie statt.

Den Eltern und ihren Kindern bieten wir auf Wunsch an, zur Entscheidungsfindung an ein oder zwei Gruppenstunden zunächst unverbindlich teilzunehmen. Uns ist es wichtig, gegenüber den Eltern eine »werbende«, aber nicht aufdringliche Haltung einzunehmen.

## Grundhaltung

Unsere Grundhaltung im Kanu-Projekt wird bestimmt von Wertschätzung, Ressourcenorientierung, partnerschaftlichem Umgang, Lösungsorientierung, Transparenz und Vertraulichkeit.

**Wertschätzung:** Akzeptanz und Respekt vor dem, was Eltern tagtäglich in ihren Erziehungsaufgaben leisten, ist elementare Grundlage unserer Arbeit. Eltern mit psychischen Erkrankungen sind zusätzlich besonderen Belastungen ausgesetzt, wenn sie in Krisenzeiten eigenen Ansprüchen in Bezug auf ihre Kinder gerecht werden wollen. Sie entwickeln häufig Schuldgefühle gegenüber ihren Kindern, wenn sie sich in ihrem Erziehungsanspruch überfordert fühlen.

Wir gehen davon aus, dass Eltern sich für ihre Kinder immer das Beste wünschen und sich so verhalten, wie sie glauben, dass es für ihre Kinder gut und richtig ist. Wir betrachten in den Elterngruppen die Eltern als Experten für ihre individuelle Situation – Experten, die in den meisten Fällen über die Fähigkeit verfügen, adäquate Lösungen für Probleme zu finden.

**Ressourcenorientierung:** Dem Blick auf die Ressourcen der teilnehmenden Eltern und Kinder bzw. Jugendlichen wird zu Recht große Bedeutung beigemessen. Sie sollen stets ermutigt werden, auf ihre Fähigkeiten zurückzugreifen, anstatt ihre Defizite in den Vordergrund zu stellen. Häufig haben die Teilnehmenden Erfahrungen gemacht, bei denen Defizite und Unzulänglichkeiten thematisiert und in den Fokus gerückt

wurden. Viele von ihnen haben ein negatives Selbstbild und fühlen sich in verschiedenen Situationen unsicher; sie haben das Gefühl, keinen Zugriff auf ihre Ressourcen zu haben. Nicht selten verlieren Eltern darüber hinaus den Blick für die Fähigkeiten ihrer Kinder. Die Frage »Was ist an Ihren Kindern besonders liebenswert? Worauf sind Sie stolz?« ist eine von vielen Möglichkeiten, sich den Ressourcen wieder zuzuwenden. Die Aktivierung vorhandener Ressourcen fördert das Selbstwertgefühl und setzt darüber hinaus Selbstheilungskräfte in Gang.

**Partnerschaftlicher Umgang:** In der Medizin wird einem partnerschaftlichen Umgang mit Patienten und ihrer Einbeziehung in Therapieplanung und Behandlung mittlerweile ein hoher Stellenwert eingeräumt. Dennoch fühlen sich Menschen mit psychischen Erkrankungen häufig den Behandelnden gegenüber ausgeliefert. Deshalb ist es wünschenswert, in den Elterngruppen einen Umgang anzustreben, der möglichst auf Augenhöhe stattfindet. Dazu gehört u. a., den Teilnehmenden nicht das Gefühl zu geben, sie hätten bisher vieles falsch gemacht und nur die Moderatorinnen und Moderatoren wüssten, was richtig ist.

Es geht vielmehr darum, das Präsentierte als Angebot zu verstehen und die gesamte Gruppe als »Beratungsgremium« zu nutzen. Erfahrungsgemäß sind Einschätzungen und Ideen der Gruppenteilnehmenden hilfreicher als eine reine Informationsvermittlung durch die Moderatorinnen und Moderatoren.

**Lösungsorientierung:** In den Gruppenstunden sollte es nicht darum gehen, rückwärtsgewandte Interpretationen und Problemstellungen in den Mittelpunkt zu stellen. Nicht die Frage »Was habe ich falsch gemacht?«, sondern eher die Frage »Was könnte ich in Zukunft ausprobieren?« sollte zentrales Thema sein. Hier stellen die »Aufgaben der Woche« eine gute Möglichkeit zum Experimentieren dar. Wichtig erscheint uns, dies nicht als die einzige richtige Lösung zu sehen, sondern als Vorschlag, etwas Neues zu versuchen.

**Transparenz:** »Information hilft und schadet nicht!« sollte die Devise sein. Die Enttabuisierung der Erkrankung in den Familien gehört zu den wesentlichen Elementen im Kanu-Programm. Das Wissen um die Erkrankung des Elternteils belastet die Kinder nämlich dann nicht zusätzlich, wenn es in einer kindgerechten Weise vermittelt wird. Die elterliche Erkrankung besser zu verstehen und einordnen zu können, ist für viele Kinder eine deutliche Entlastung. Über die Erkrankung reden zu dürfen, in der Familie Worte dafür zu finden, in einer Gruppe zu er-



leben, mit dieser besonderen Situation nicht allein zu sein, ist für viele Kinder mit psychisch erkrankten Eltern eine neue und hilfreiche Erfahrung. Das offene Ansprechen der Erkrankung und der damit verbundenen möglichen Einschränkungen sowie die Klärung weiteren Unterstützungsbedarfs sind zentrale Bestandteile des Kanu-Angebots. Es ist eine Chance, die Familien frühzeitig und kompetent über Unterstützungsmöglichkeiten aufzuklären und sie zu motivieren, Hilfen rechtzeitig in Anspruch zu nehmen.

**Vertraulichkeit:** Grundsätzlich unterliegen wir im Kanu-Projekt in allen familienbezogenen Belangen der gleichen Schweigepflicht gegenüber Dritten wie bei jeder stationären oder ambulanten Behandlung auch. Diese Verschwiegenheit nach außen sichern wir den Eltern bereits im Vorgespräch zu; sie ist eine wesentliche Grundlage des gegenseitigen Vertrauensverhältnisses in den Eltern-, Kind- und Familiengesprächen und gilt selbstverständlich auch innerhalb der Kanu-Gruppen.

Nun kann es manchmal allerdings hilfreich sein, beispielsweise für ein besseres Verständnis der Familiendynamik, Kontakt zu dem ggf. behandelnden oder begleitenden Psychiater bzw. der Psychotherapeutin aufzunehmen, um eine gezielte Fragestellung besser beantworten zu können oder um eine andere »Außensicht« auf die Familie zu bekommen. Daneben ist nach unserer Erfahrung auch ein Austausch mit einer ggf. implementierten Sozialpädagogischen Familienhilfe (SPFH) oder einer Flexiblen Erziehungshilfe häufig sinnvoll bzw. notwendig. Von elementarer Bedeutung ist es dabei, den Wunsch nach einem solchen Informationsaustausch sorgfältig mit den Familienangehörigen zu besprechen und natürlich auch entsprechend zu begründen. Selbstverständlich akzeptieren wir auch eine ablehnende Haltung der Betroffenen bedingungslos. Im Falle der Zustimmung lassen wir uns in jedem Fall eine schriftliche Schweigepflicht-Entbindung unterzeichnen (s. Arbeitsmaterialien zum Download). Eine solche Schweigepflicht-Entbindung ist selbstredend auch die Grundlage für eine (immer freiwillige) konsiliarische Vorstellung eines Kindes bei einem kooperierenden Kinder- und Jugendpsychiater, wie wir sie bei entsprechenden Auffälligkeiten oder zum Ausschluss einer von den Eltern befürchteten kindlichen psychischen Erkrankung immer wieder anbieten (s. Arbeitsmaterialien zum Download).

Nach Niklas LUHMANN bedeutet Vertrauen die Bereitschaft, das Risiko einzugehen, dem anderen eine gute Absicht zu unterstellen (1989).

## Methoden der Gesprächsführung

Im Hinblick auf die beschriebene Grundhaltung ist die Art der Gesprächsführung überwiegend gekennzeichnet von Ansätzen aus der lösungsorientierten, systemischen und verhaltenstherapeutischen Therapie. Die folgenden systemischen Fragetechniken haben sich dabei als besonders hilfreich erwiesen:

**Zirkuläres Fragen** (um wichtige Informationen im Hinblick auf eine Außenperspektive zu gewinnen) ist fester Bestandteil in den Einzel- und Gruppengesprächen. Beispiele: »Was würde dein Vater sagen, warum es deiner Mutter manchmal nicht so gut geht?« »Was würde dein Bruder sagen, zu wie viel Prozent eure Mutter wieder gesund ist?«

**Fragen nach Ausnahmen** (diese helfen, Unterschiede deutlich zu machen, vor allem, wenn alles schwierig erscheint). Beispiele: »Wann tritt diese Schwierigkeit nicht auf?« »Wann war es zum letzten Mal richtig gut?«

**Skalierungsfragen** (diese können Entwicklungen deutlich machen). Einige Beispiele: »Wo auf einer Skala von eins bis zehn würden Sie die Schwere des Problems einordnen?« »Wo war es Ihrer Meinung nach vor drei Wochen?« »Wo wird es Ihrer Meinung nach am Ende der Elterngruppe sein?«

**Die Wunderfrage** (sie lädt ein zum spielerischen Fantasieren und stellt Lösungen in Aussicht). Einige Beispiele: »Stellen Sie sich vor, Sie wachen eines Morgens auf und das Problem, das Sie heute noch so schwer belastet, ist verschwunden: Woran würden Sie es merken? Wem würde es noch auffallen?«

**Das Arbeiten mit Symbolen** oder anderen Formen der Darstellung von Familiengeschichten bietet hilfreiche Erweiterungsmöglichkeiten, die vor allem von Kindern gerne angenommen werden.

**Das Erfragen von Familienthemen über Bilder oder erfundene Geschichten** bringt oft Leichtigkeit in die Gespräche: »Angenommen, Sie würden an einem Fernseher vorbeilaufen und Sie merken, hoppla – die spielen unsere Familie als Fernseh-Soap: Wie würde die aktuelle Folge heißen?« Oder: »Stellen Sie sich vor, Ihre Familie funktioniert wie ein Bus: Wie sind die Rollen in Ihrem Familienbus verteilt? Wer bestimmt das Ziel, wer die Pausen? Wer sitzt wo im Bus, wer am Steuer?« Manchmal helfen auch Metaphern, schwierige Situationen aus einer anderen Perspektive zu sehen.

**Verhaltenstherapeutische Elemente:** Im Kanu-Gruppenprogramm findet sich die Grundannahme der Verhaltenstherapie wieder, durch Erfahrung und Übung die eigenen Denk-, Erlebens- und Verhaltensweisen beeinflussen zu können. Rollenspiele in Eltern- und Kindergruppen, die Möglichkeit, mal so zu tun, als ob, zu experimentieren mit den »Aufgaben der Woche« – all das bietet Möglichkeiten, neue Erfahrungen zu machen und vertraute Muster zu überdenken.

## Möglichkeiten der Teilnehmergebung

Für die Gewinnung von Teilnehmenden ist eine intensive Öffentlichkeitsarbeit unverzichtbar. Dies kann sowohl über die regionale Presse als auch über die Vorstellung des Angebots in allen infrage kommenden Arbeitskreisen erfolgen. Wichtig ist es, alle an der psychosozialen Versorgung beteiligten Institutionen zu informieren. Dabei können Informationsveranstaltungen etwa für niedergelassene Nervenärzte oder für Träger der psychosozialen Versorgung und der Jugendhilfe die speziellen klinikinternen Informationsveranstaltungen ergänzen.

Hilfreich ist es, in allen beteiligten Institutionen konkrete Ansprechpersonen zu benennen, die die Kanu-Teilnehmer-Gewinnung in ihrer täglichen Arbeit stets im Blick haben. Diese Ansprechpersonen sollten auch als Bindeglied zwischen dem etablierten Hilfesystem in der Region und der Institution, die die teilnehmenden Familien betreut, zur Verfügung stehen. Sie sollten immer dann kontaktiert werden, wenn es Neuigkeiten gibt, wie z.B. die Veränderung von Teilnahmebedingungen, das Freiwerden von Plätzen oder die Veröffentlichung von Publikationen. So wird für einen möglichst reibungslosen und raschen Informationsaustausch gesorgt.

## Regionale und überregionale Vernetzung

Eine wichtige Erfahrung, die im Rahmen des Kanu-Projekts gewonnen wurde, betrifft die Notwendigkeit der Vernetzung von beteiligten Institutionen vor Ort. Als zentral erwies sich für das Kanu-Projekt die Kooperation mit der Stadt Bielefeld (Jugendamt) und dem Deutschen Kin-

derschutzbund – Ortsverein Bielefeld. Nur durch diese Dreierkonstellation war es letztlich möglich, Patenschaften in den Familien zu installieren. Ebenso bot sich auf diesem Weg die Möglichkeit, den Austausch zwischen Jugendhilfe und Erwachsenenpsychiatrie zu fördern.

Auch die Kooperation mit anderen institutionellen Hilfen in Bielefeld während der Intervention erwies sich als sehr hilfreich. In einigen Fällen wurden Personen, welche bereits mit der Familie arbeiteten, gemeinsam mit den Eltern zu einem Gespräch eingeladen. Dies hatte die Förderung des gegenseitigen Austausches und der Abstimmung untereinander zum Ziel, um der Familie die bestmögliche Hilfe zukommen zu lassen. Zum Teil wurden Hilfen auch erst während des Projekts initialisiert, wenn deutlich wurde, dass die Familien auch über die Projektteilnahme hinaus Unterstützung benötigen würden. Gerade im Hinblick auf die unterschiedlichen Kompetenzen, die die Mitarbeitenden der Institutionen mitbringen, kann sich eine Kooperation sowohl für Mitarbeitende als auch Teilnehmende als sehr gewinnbringend erweisen.

Hingewiesen sei an dieser Stelle auch auf den wertvollen überregionalen Austausch in der Phase der Konzeptionalisierung und Projektentwicklung mit anderen bereits bestehenden Projekten. Durch die Offenheit und Kooperationsbereitschaft der Mitarbeitenden anderer Projekte für Kinder psychisch kranker Eltern, z. B. CHIMPS (Children of mentally ill parents) oder PFIFF-Hamburg (Pflege- und Patenkinder, Fachdienst für Familien), konnten wertvolle Anregungen für das Kanu-Projekt gewonnen werden. Auch der Austausch in der Bundesarbeitsgemeinschaft Kinder psychisch kranker Eltern (BAG), in der Projekte aus ganz Deutschland vertreten sind, erwies sich als bereichernd. Viele Projekte haben ähnliche Probleme, beispielsweise hinsichtlich der Gewinnung der Familien oder der Finanzierung. Hier bietet die Bundesarbeitsgemeinschaft eine überregionale Plattform für gegenseitigen Austausch und Anregungen.

## Handhabung des Manuals

Das vorliegende Manual fußt auf unseren Erfahrungen sowohl aus der durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung geförderten Projektlaufzeit als auch aus den Adaptationen und Ergänzungen bei der Überführung des Kanu-Projekts in die Regelversorgung der Stadt Bielefeld. Während beispielsweise die Elterngruppen und die Kinder- und Jugendlichengruppen während der Projektlaufzeit in Form von »Kursen«, also von geschlossenen Gruppen mit einem definierten Start- und Endpunkt, durchgeführt wurden, werden wir diese künftig als sogenannte halboffene Gruppen mit einer weitgehend flexiblen Einstiegsmöglichkeit weiterführen. Der hier vorliegende inhaltliche und didaktische Aufbau des Manuals für die Kinder- und Jugendlichengruppe orientiert sich noch eher an der geschlossenen Gruppenform, wohingegen das Manual für die Elterngruppe für beide Varianten nutzbar ist.

Die vielen Anregungen aus den Rückmeldebögen für die Gruppen haben uns wertvolle Hinweise für eine Anpassung des Manuals an die Wünsche und Bedürfnisse der Teilnehmenden gegeben. So sind beispielsweise die im weiteren Verlauf beschriebenen Eingangs- und Ausgangsrituale lediglich als Anregungen zu sehen, die beschriebenen Methoden als einige von vielen weiteren Möglichkeiten. Die einzelnen Übungen sind variabel einsetzbar und können durch andere ergänzt und ersetzt werden.

Alle Arbeitsmaterialien stehen auch als Download zur Verfügung unter:

[http://www.psychiatrie-verlag.de/buecher/detail/book-detail/  
Psychische-Erkrankungen-in-der-Familie.html](http://www.psychiatrie-verlag.de/buecher/detail/book-detail/psychische-erkrankungen-in-der-familie.html)



Wir wünschen nun viel Spaß und Erfolg bei der Durchführung der Kanu-Aktivitäten!