



Bachelorarbeit

Psychisch kranke Eltern

Inanspruchnahme von Hilfsangeboten

Romana Kühnis

Vertiefungsrichtung Klinische Psychologie

Seraina Müller-Luzi

Vertiefungsrichtung Klinische Psychologie

Referent / Referentin: Dr. biol.-hum. Dipl. Psych. Marc Schmid

Aarau und Muttenz, Mai 2014

Diese Arbeit wurde im Rahmen des Bachelorstudienganges am Departement P der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften ZHAW verfasst. Eine Publikation bedarf der vorgängigen schriftlichen Bewilligung durch das Departement Angewandte Psychologie.

ZHAW Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Departement Angewandte Psychologie, Minervastrasse 30, Postfach, 8032 Zürich.

Danksagung

Unser Dank gilt den Müttern und Vätern, die sich bereit erklärt haben, an unserer Studie teilzunehmen. Durch sie war es uns möglich, einen Einblick in die Lebenswelt von Eltern in psychiatrischer Behandlung zu erhalten und unseren Blick für die dadurch entstehenden Herausforderungen und Belastungen zu schärfen. Ein grosser Dank geht an Marc Schmid, Stephanie Hefti und Martin Schröder von der Forschungsabteilung der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Klinik (KJPK) in Basel. Sie haben uns durch ihre fachliche Begleitung und das Zur-Verfügung-Stellen der Aufnahmegeräte und Auswertungsprogramme die Arbeit sehr erleichtert. Ein weiterer Dank geht an Magdalena und Stefan Luzi für das Lektorat. Bei Martin Ackermann und Pascal Müller bedanken wir uns für ihre praktische und mentale Unterstützung.

Abstract

Die vorliegende empirische Arbeit untersucht, inwiefern psychisch kranke Eltern im Raum Basel Hilfsangebote für sich und für ihre Kinder in Anspruch nehmen. Sie geht der Frage nach, welche Faktoren psychisch kranke Eltern daran hindern, vorhandene Hilfsangebote in Anspruch zu nehmen und welche Wünsche sie in Bezug auf die Inanspruchnahme von Hilfe haben. Die Studie steht in Ergänzung zu einer quantitativen Untersuchung der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Klinik (KJPK) Basel und der Kinderpsychiatrie (KJP) Basel-Land und soll im Sinne einer Methodentriangulation deren Ergebnisse ergänzen. Es handelt sich um eine qualitative Studie mit problemzentrierten halbstrukturierten Interviews. Befragt wurden 14 Mütter und Väter, welche sich zum Zeitpunkt der Untersuchung in stationärer psychiatrischer Behandlung befanden. Die Auswertung erfolgte mittels inhaltlich strukturierender qualitativer Inhaltsanalyse. Als Hinderungsgründe bei der Inanspruchnahme zeigte sich – wie die Ergebnisse der quantitativen Studie bestätigten –, dass vorhandene Hilfsangebote zu wenig bekannt sind, finanzielle Hürden bestehen und gegenüber Hilfsanbietern verschiedene Ängste vorhanden sind. In den meisten Fällen zeigten die befragten Eltern aufgrund ihrer Erkrankung einen Bedarf an Unterstützung.

Genannte Wünsche reichten von praktischer Hilfeleistung in der Kinderbetreuung oder im Haushalt bis hin zu mentaler Unterstützung durch Helfersysteme. Aus den Ergebnissen der vorliegenden Studie wird ersichtlich, dass sich Vertreterinnen und Vertreter von Behörden und Fachkräfte aus den Bereichen Psychiatrie und Psychotherapie der Problematik bewusst sind. Hilfeleistungen scheinen aber vom Engagement einzelner Fachkräfte abhängig und nicht institutionalisiert zu sein. Zudem verhindert eine mangelhafte Vernetzung, dass im Sinne der ganzen Familie nachhaltige Unterstützungsmassnahmen veranlasst werden können. Die Studie weist darauf hin, dass das Geschlecht wie auch die individuellen Lebenswelten der Eltern den Umgang mit Hilfsangeboten beeinflussen. Schlussfolgernd kann angenommen werden, dass Hilfe für psychisch kranke Eltern und ihre Familien dann am effektivsten wirkt, wenn sich Hilfestellen vernetzen und unter Berücksichtigung der Lebenssituation aller Familienmitglieder eine individuelle Lösung erarbeiten.

Inhalt

1. Einleitung.....	1
1.1 Ausgangslage.....	1
1.2 Ziel der Arbeit.....	2
1.3 Aufbau der Arbeit.....	2
1.4 Stand der Forschung.....	3
1.4.1 Relevanz des Themas.....	3
1.4.2 Familien mit einem psychisch kranken Elternteil.....	5
1.4.3 Relevanz von Hilfsangeboten.....	7
1.4.4 Zugang zu Hilfsangeboten über die Versorgungssysteme.....	9
1.4.5 Inanspruchnahme von Hilfsangeboten aus Sicht der betroffenen Eltern.....	11
1.5 Quantitative Studie der KJPK Basel-Stadt / KJP Basel-Land.....	14
1.5.1 Beschreibung der Studie.....	15
1.5.2 Zusammenfassung und Interpretation der Ergebnisse.....	15
1.6 Fazit und Forschungslücke.....	16
1.7 Fragestellung.....	17
2. Methode.....	18
2.1 Studiendesign.....	18
2.1.1 Verbindung von quantitativer und qualitativer Forschung.....	18
2.1.2 Methodisches Vorgehen.....	18
2.2 Angaben zur Stichprobe.....	19
2.3 Datenerhebung.....	21
2.3.1 Halbstrukturiertes Interview.....	21
2.3.2 Durchführung der Untersuchung.....	22

3. Ergebnisse	23
3.1 Beschreibung des Verfahrens	23
3.1.1 Datenaufbereitung.	23
3.1.2 Datenauswertung.	24
3.2 Darstellung der Ergebnisse	25
3.2.1 Überblick Haupt- und Subkategorien.	26
3.2.2 Kenntnisse über Hilfsangebote für psychisch kranke Eltern.	26
3.2.3 Erfahrungen mit Hilfsangeboten.	27
3.2.4 Einstellung zur Inanspruchnahme von Hilfsangeboten.	29
3.2.5 Einstellungen zu spezifischen Hilfsangeboten.	31
3.2.6 Hilfesuchverhalten, Informationsbeschaffung.	34
3.2.7 Hindernisse bei der Inanspruchnahme von Hilfsangeboten.	36
3.2.8 Wünsche in Bezug auf die Inanspruchnahme von Hilfsangeboten.	38
3.2.9 Thema Elternschaft in der Klinik.	40
4. Diskussion	43
4.1 Vergleich und Interpretation der Ergebnisse / Beantwortung der Fragestellung.	43
4.1.1 Hindernisse in Bezug auf die Inanspruchnahme von Hilfsangeboten.	43
4.1.2 Wünsche bezüglich der Inanspruchnahme von Hilfsangeboten.	44
4.2 Fazit	46
4.3 Methodenkritik und Ausblick	48
5. Literatur	51
6. Anhang	56

Abbildungen

Abbildung 1	Teufelskreis zwischen elterlicher Belastung und kindlicher Auffälligkeit und Ansatzpunkte für Hilfen.....	8
Abbildung 2	Ablaufmodell des problemzentrierten Interviews.....	21
Abbildung 3	Ablaufschema einer inhaltlich strukturierenden Inhaltsanalyse	24
Abbildung 4	Gesamtüberblick Haupt- und Subkategorien.....	26
Abbildung 5	Subkategorien zum Thema Erfahrungen mit Hilfsangeboten.....	27
Abbildung 6	Subkategorien zum Thema Einstellungen zur Inanspruchnahme von Hilfsangeboten	29
Abbildung 7	Subkategorien zum Thema Einstellung zu spezifischen Hilfsangeboten	31
Abbildung 8	Subkategorien zum Thema Hilfesuchverhalten und Informationsbeschaffung	34
Abbildung 9	Subkategorien zum Thema Hindernisse bei der Inanspruchnahme von Hilfsangeboten	36
Abbildung 10	Subkategorien zum Thema Wünsche in Bezug auf die Inanspruchnahme von Hilfsangeboten	38
Abbildung 11	Subkategorien zum Thema Elternschaft in der Klinik.....	40

Tabellen

Tabelle 1	Angaben zu den Probandinnen und Probanden	20
------------------	---	----

Abkürzungen

KJPK	Kinder- und Jugendpsychiatrische Klinik
KJP	Kinder- und Jugendpsychiatrie
KESB	Kinder- und Erwachsenenschutzbehörde
KJD	Kinder- und Jugenddienst
AKJS	Amt für Kinds- und Jugendschutz (früheres KJD)

1. Einleitung

1.1 Ausgangslage

Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil sind im Alltag multiplen Belastungen ausgesetzt. Verschiedene Studien zeigten in den letzten Jahren, dass Kinder psychisch kranker Eltern eine Risikogruppe darstellen. So weisen sie nicht nur ein erhöhtes genetisches Risiko auf, selber an einer psychischen Störung zu erkranken, sondern sind auch von vielfältigen psychosozialen Risikofaktoren betroffen (Wille, Bettge & Ravens-Sieberer, 2008). Nicht selten kommt es – wie Kölch und Schmid (2008) beschreiben – zu einem Teufelskreis zwischen elterlicher Belastung und kindlicher Auffälligkeit. Entsprechend leiden gemäss Maybery und Reupert (2007) nicht nur die Kinder von psychisch kranken Eltern unter den Auswirkungen der Erkrankung der Eltern. Auch für die Betroffenen selber bedeutet die Rolle als Eltern eine zusätzliche Belastung. So ergeben sich für psychisch kranke Eltern drei mögliche Problembereiche: Der Umgang mit der eigenen psychischen Erkrankung, das Erfüllen der elterlichen Pflichten sowie das Erkennen und Organisieren von Unterstützungsangeboten. Die Inanspruchnahme von Hilfsangeboten ist aber laut Kölch und Schmid (2008) in Anbetracht des elterlichen Stresses und den Belastungen und Auffälligkeiten der Kinder als unzureichend einzuschätzen.

Gemäss Schmid, Schielke, Becker, Fegert und Kölch (2008) sind viele psychisch kranke Eltern mit der selbständigen Einleitung geeigneter Hilfen überfordert. Es besteht ein Informationsmangel über vorhandene Angebote und eine unzureichende Vernetzung zwischen Angeboten der Erwachsenen- und der Kinder- und Jugendhilfe. So ist die Versorgungssituation von Familien mit einem psychisch kranken Elternteil nach wie vor unzureichend, obwohl in den letzten Jahren verschiedenste Interventionen und Programme entwickelt wurden (Maybery & Reupert, 2007). Im Rahmen einer quantitativen Studie der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Klinik (KJPK) Basel und der Kinderpsychiatrie (KJP) Basel-Landschaft wurde die Versorgungssituation von psychisch kranken Eltern und ihren Kindern im Raum Basel erhoben (noch unveröffentlichte Studie). Die vorliegende Bachelorarbeit hat zum Ziel, im Sinne einer Triangulation von quantitativen und qualitativen Methoden im Themenbereich *Psychisch kranke Eltern – Inanspruchnahme*

von *Hilfsangeboten* einen Vergleich und eine Ergänzung zu den von der KJPK und der KJP erhobenen Daten anzustreben.

1.2 Ziel der Arbeit

Im Rahmen dieser empirischen Arbeit wird erhoben, inwiefern psychisch kranke Eltern, welche in stationärer psychiatrischer Behandlung sind, Kenntnisse über und Erfahrungen mit Hilfsangeboten haben. Dabei werden ihre Einstellung gegenüber Hilfe im Allgemeinen und vorhandenen Hilfsangeboten im Spezifischen wie auch ihr Hilfsverhalten innerhalb und ausserhalb der Klinik untersucht. Geleitet ist die Arbeit einerseits durch die Frage, welche Faktoren psychisch kranke Eltern daran hindern, vorhandene Hilfsangebote im Raum Basel in Anspruch zu nehmen. Andererseits wird untersucht, welche Bedürfnisse und Wünsche die Betroffenen in Bezug auf Hilfsangebote haben. Das Ziel ist also sowohl das Aufzeigen von Hindernissen und Schwierigkeiten bei der Inanspruchnahme von vorhandenen Hilfsangeboten als auch eine Bedarfsanalyse aus der Sicht der Eltern. Darüber hinaus soll aufgezeigt werden, wie Hilfsangebote gestaltet sein müssen, um psychisch kranke Eltern besser zu erreichen.

Das Ziel dieser Arbeit ist, den Fokus auf die Lebenswelt der betroffenen Eltern zu richten und deren Sicht darzustellen. Dabei sollen die Daten der quantitativen Studie der KJPK Basel und der KJP Basel-Landschaft durch die Ergebnisse der qualitativen halbstrukturierten Interviews ergänzt und validiert werden.

1.3 Aufbau der Arbeit

Zu Beginn wird der Stand der Forschung bezüglich Familien mit einem psychisch kranken Elternteil vorgestellt. Dabei wird aufgezeigt, dass es sich bei der untersuchten Population um eine nicht zu vernachlässigende Gruppe von belasteten Eltern und deren Kinder handelt. Die Belastungen und Folgen, welche durch die psychische Erkrankung für die Eltern und die Kinder entstehen, werden dargestellt, sowie die Relevanz von Hilfsangeboten aufgezeigt. Anschliessend wird der Zugang zu Hilfesystemen aus Sicht der Versorgungssysteme für Erwachsene und der Versorgungssysteme für Kinder vorgestellt. Es folgen bisherige Erkenntnisse darüber, wie die Inanspruchnahme von Hilfsangeboten aus Sicht der Eltern wahrgenommen wird. Da die vorliegende Arbeit auf den Ergebnissen der quantitativen Studie der KJPK Basel und der KJP Basel-Landschaft basiert, wird diese kurz zusammengefasst dargestellt. Der Methodenteil stellt die Vorzüge einer

Kombination von quantitativen und qualitativen Methoden und das Studiendesign dar und befasst sich mit der Beschreibung der Stichprobe, den verwendeten Erhebungsmethoden und der Durchführung der Untersuchung. Im Ergebnisteil wird das Aufbereitungs- und Auswertungsverfahren beschrieben und die Ergebnisse werden dargestellt. Dabei werden die Vorteile des quantitativen und qualitativen Methodenmix' hervorgehoben. In der Diskussion erfolgt ein Vergleich zwischen der bisherigen Forschung, der quantitativen Studie der KJPK Basel und der KJP Basel-Landschaft und den Ergebnissen der gemachten Interviews. Die Ergebnisse werden im Hinblick auf die Fragestellung interpretiert und diskutiert. Zum Schluss wird das methodische Vorgehen kritisch hinterfragt und mögliche weiterführende Forschungsthemen werden aufgezeigt.

1.4 Stand der Forschung

Das Kapitel 1.4 bietet einen Überblick zum Stand der Forschung bezüglich des Themas *Psychisch kranke Eltern* und stützt sich dabei auf die aktuellste Forschungsliteratur. Im ersten Teil werden Prävalenzzahlen aus der Schweiz und Studien über den Zusammenhang von elterlicher Erkrankung und der Gesundheit des Kindes vorgestellt. Im zweiten Teil wird dargestellt, welche Auswirkungen die psychische Erkrankung eines Elternteils auf die Familie und die Kinder haben kann. Zudem werden Probleme und Belastungen aufgezeigt, die sich für die betroffenen Eltern im Zusammenhang mit der Elternschaft ergeben. In diesem Zusammenhang wird anschliessend auf die Relevanz von Hilfsangeboten eingegangen und es wird aufgezeigt, wie der Zugang zu Hilfen aus Sicht der Versorgungssysteme für Erwachsene, Kinder und Jugendliche beurteilt wird. Im letzten Kapitel soll schliesslich die Sicht der betroffenen Eltern aufgezeigt werden. Dabei geht es einerseits darum, ob und wie der Hilfsbedarf wahrgenommen wird, aber auch, welche Hindernisse und Wünsche bei der Inanspruchnahme von Hilfe bestehen.

1.4.1 Relevanz des Themas.

1.4.1.1 Prävalenzzahlen aus der Schweiz. Psychisch kranke Menschen haben durchschnittlich gleich viele Kinder wie psychisch gesunde Menschen (Lenz, 2012). Gemäss einer Studie von Sollberger (2000) im Jahr 1999 waren in den Universitären Psychiatrischen Kliniken (UPK) in Basel von den hospitalisierten Patientinnen und Patienten 23% der Frauen und 20% der Männer Eltern von Kindern unter 20 Jahren. Auch die Universitären Psychiatrischen Dienste (UPD) in Bern haben im Jahr 2000 untersucht, wie

gross der Anteil der stationär behandelten Patientinnen und Patienten mit minderjährigen Kindern war. Es zeigte sich, dass 16,5 % aller hospitalisierten Personen Kinder unter 18 Jahren hatten (Sommer, Zoller und Felder, 2001a). Wenn man nun wie Sommer, Zoller und Felder (2001b) davon ausgeht, dass durchschnittlich 20% der hospitalisierten Patientinnen und Patienten Eltern von minderjährigen Kindern sind, wären das jährlich 4'000 bis 5'000 Mütter oder Väter mit zum Teil mehreren Kindern. Dies würde bedeuten, dass in der Schweiz zwischen 10'000 und 20'000 Kinder mit psychisch kranken Eltern leben. Nicht eingerechnet sind in diesen Berechnungen Kinder von nicht-behandelten oder ambulant behandelten psychisch kranken Eltern.

1.4.1.2 Zusammenhang von elterlicher und kindlicher Gesundheit. Wie gross das Risiko von Kindern psychisch kranker Eltern ist, selber an einer psychischen Störung zu erkranken, wurde anlässlich einer repräsentativen Studie in Grossbritannien an 10'000 Kindern untersucht: Bei 25% der anlässlich dieser Studie befragten Elternteile, liegt ein auffälliges psychopathologisches Screening vor. Das Risiko der Kinder, selber eine psychische Krankheit zu entwickeln, stieg, je ausgeprägter die psychische Belastung der Eltern war. Bei über 35% der Kinder von Eltern mit einem extrem auffälligen psychopathologischen Screening, zeigte sich bereits eine manifeste psychische Störung (Meltzer, Gatward, Goodman & Ford, 2003). Die Analyse derselben Daten ergab gemäss Vostanis et al. (2006), dass Kinder mit psychisch kranken Eltern ein vierfach erhöhtes Risiko aufweisen, ebenfalls eine psychische Auffälligkeit zu entwickeln. Dieser Zusammenhang zwischen elterlicher und kindlicher Erkrankung wird auch seitens der Kinderpsychiatrie festgestellt. So haben Remschmidt und Mattejat (1994) in einer Untersuchung erhoben, dass rund ein Drittel der stationär behandelten Kinder zum Zeitpunkt der Untersuchung einen psychisch kranken Elternteil hatten.

Auch Gurny, Cassée, Gavez, Los und Albermann (2007) haben untersucht, wie sich die psychische Erkrankung eines Elternteils auf die betroffenen Kinder auswirken kann. Dazu wurden Fachleute aus den Bereichen Psychiatrie, Psychotherapie, Pädiatrie und Schulpsychologie von Beratungsstellen und stationären Einrichtungen zum Thema *Kinder und Jugendliche mit psychisch kranken Eltern* befragt. Dabei zeigte sich, dass 65 der 86 erfassten Kinder mit psychisch kranken Eltern selber psychopathologische Auffälligkeiten resp. psychosoziale Störungsbilder aufwiesen (76%). Die am häufigsten genannten Krankheitsbilder waren externalisierende Störungen mit über 50% (Störungen des

Sozialverhaltens und Schulleistungsstörungen), gefolgt von affektiven Störungen (32%) und Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen (23%). Aber auch Ängste, Phobien oder motorische Probleme wurden bei einem von fünf Kindern und Jugendlichen beobachtet. Bei 38 der 86 betroffenen Kinder und Jugendlichen wurde bereits eine Diagnose nach ICD-10 oder DSM IV gestellt.

1.4.2 Familien mit einem psychisch kranken Elternteil.

1.4.2.1 Gesamtfamiliäre Situation. Gemäss Gurny, Cassée, Gavez, Los und Albermann (Winterthurer Studie, 2007) leben die meisten Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil in einem mehrfach psychosozial belasteten Umfeld. Dabei ist zu beachten, dass die psychische Erkrankung sowohl Ursache wie auch Folge von psychosozialen Belastungen sein kann. Eine unterprivilegierte soziale Lage steht in Zusammenhang mit unzureichenden Bildungsressourcen, materieller Armut und Arbeitslosigkeit. Zudem sind bei psychisch erkrankten Eltern alleinerziehende Mütter und Menschen mit Migrationshintergrund übervertreten. Unter diesen Bedingungen ist ein Hinzukommen von innerfamiliären Problemen wahrscheinlich. So bestehen bei 73% der Familien eine mangelnde Erziehungskompetenz der Eltern und bei jeder zweiten Familie fehlende Alltagsstrukturierung und Paarkonflikte. Aber auch Erwerbslosigkeit, physische oder psychische Gewalt, Isolation und / oder Vernachlässigung wird bei jeder dritten Familie genannt. Zudem sind gemäss der Studie 26% der Familien von Armut betroffen.

1.4.2.2 Situation der Kinder. Kinder von psychisch kranken Eltern stellen eine besondere psychiatrische Risikogruppe dar. Sie sind durch die Erkrankung der Eltern nicht nur mit Belastungen und Beeinträchtigungen konfrontiert, sondern haben zusätzlich ein bis zu vierfach erhöhtes Risiko, selber eine psychische Störung oder Verhaltensauffälligkeiten zu entwickeln (Lenz, 2012). Dies ist auf das Zusammenwirken von genetischen Faktoren, schwierigen Lebens- und Entwicklungsbedingungen und Defiziten im elterlichen Erziehungsverhalten zurückzuführen. Unabhängig davon, ob ein Kind selber an einer psychischen Störung erkrankt oder nicht, sind die Entwicklungsbedingungen meistens ungünstig (Daser, 2013).

Mattejat (2005) beschreibt, dass neben den direkten Auswirkungen der elterlichen Erkrankung auf die Kinder (i.S.v. Beeinträchtigungen in der Kinderbetreuung und im Erziehungsverhalten oder eine Trennung von den Eltern), auch indirekte Auswirkungen

durch die Häufung von psychosozialen Belastungsfaktoren (Bsp. Paar- / Ehekonflikte in Kombination mit oder aufgrund einer psychischen Erkrankung) entstehen können. Stärker als direkte und indirekte Auswirkungen der elterlichen Erkrankung wirkt aber das Zusammenkommen von multiplen psychosozialen Belastungen, die mit einer länger bestehenden psychischen Erkrankung einhergehen. Diese lassen sich gemäss Deneke mit folgenden Schlagwörtern umreissen: „Arbeitslosigkeit, Armut, schlechtere Wohnbedingungen, soziale Isolation, belastete innerfamiliäre Beziehungen, überproportionaler Anteil von Ein-Eltern-Familien, fehlende Vertrauenspersonen für Eltern und Kinder“ (2005, S. 88). Für die betroffenen Kinder können die genannten Auswirkungen der elterlichen Belastung gemäss Mattejat (2005) zu Desorientierung, Schuldgefühlen, Tabuisierung und Isolierung, Betreuungsdefiziten, Zusatzbelastungen und Parentifizierung, Abwertungserlebnissen und Loyalitätskonflikten inner- und ausserhalb der Familie führen.

1.4.2.3 Situation der Eltern. „Die Tatsache, dass psychisch kranke Menschen auch Eltern sind, wird häufig vergessen oder als unwesentlich zur Kenntnis genommen“ (Daser, 2013, S. 9). Auch Lenz hält fest, dass psychisch kranke Menschen in ihrer Rolle als Eltern in der psychosozialen und klinischen Praxis sowie in der Wissenschaft noch immer unzureichend wahrgenommen werden. Gemäss Reupert und Maybery (2007) bilden sich für psychisch kranke Eltern drei mögliche Problembereiche: Der Umgang mit der eigenen psychischen Erkrankung, das Erfüllen der elterlichen Pflichten sowie das Erkennen und Organisieren von Unterstützungsangeboten. Somit leiden nicht nur die Kinder von psychisch kranken Eltern unter der Situation, sondern auch für die Betroffenen selber bedeutet die Rolle als Mutter bzw. Vater eine zusätzlich Belastung. Auch Kölch und Schmid (2008) halten fest, dass Eltern neben krankheitsimmanenten Faktoren vor allem aufgrund der subjektiv empfundenen Belastungen durch die Elternschaft in der Ausübung der Elternrolle eingeschränkt sein können. Es kann zu einer Kumulation von Risikofaktoren kommen, wenn neben der psychischen Erkrankung Auffälligkeiten des Kindes, Überforderung durch mangelnde Unterstützung, fehlende soziale Bindung, etc. hinzu kommen.

Lenz (2010) beschreibt, dass die Elternschaft oft als vielschichtig und ambivalent erlebt wird. Die Kinder stellen einerseits eine Kraftquelle und Unterstützung dar, lösen jedoch auch Sorgen, Versagens- und Verlustängste sowie das Gefühl der Unzulänglichkeit und Hilflosigkeit aus. Belastungen durch die Elternschaft können den Krankheitsver-

lauf und den Gesundungsprozess beeinträchtigen und zu einer Verschärfung der Probleme und des Leidensdrucks führen. Dies zeigt sich gemäss Lenz (2012) insbesondere in akuten Krankheitsphasen. Es kommt zu einer Überforderung durch die elterlichen Aufgaben verbunden mit Selbstvorwürfen, dem Gefühl, eine schlechte Mutter oder ein schlechter Vater, sowie verantwortlich für die Belastungen und Probleme der Kinder zu sein. Dazu kommt die Angst vor langfristigen negativen Auswirkungen der Krankheit auf die Entwicklung der Kinder oder einer Vererbung der Krankheit, was wiederum Schuldgefühle und Selbstvorwürfe hervorruft. Dies insbesondere, wenn die Eltern über mangelnde Informationen verfügen, wenn Ärzte und Therapeuten nicht nach den Kindern fragen oder diese zu wenig in die Behandlung einbezogen werden. All dies führt nicht selten dazu, dass psychisch kranke Eltern (insbesondere Mütter) versuchen, einen Klinikaufenthalt hinauszuschieben oder die stationäre Behandlung frühzeitig abbrechen, um eine Trennung von den Kindern zu vermeiden (Lenz, 2012). Eine weitere grosse Belastung für erkrankte Eltern ist die Angst vor dem Verlust der Kinder durch den Entzug des Sorgerechts (Lenz, 2012). Nicholson, Sweeney und Geller (1998; zit. nach Howard & Underdown, 2011, S.11) halten dazu fest, dass der Verlust des Sorgerechts – oder auch bereits die Angst davor – die vorhandenen Symptome einer psychischen Erkrankung verschlimmern können.

1.4.3 Relevanz von Hilfsangeboten. Viele Kinder von psychisch kranken Eltern entwickeln trotz der vielfältigen Belastungen und Risiken selber keine Störungen. Verschiedene Ressourcen, protektive und kompensatorische Faktoren verringern das Erkrankungsrisiko der Kinder und die negativen Auswirkungen auf die ganze Familie. Frühinterventionen und Prävention im Kindes- und Jugendalter können die Entstehung von psychischen Störungen oder pathogenen Prozessen verhindern und die Entwicklung von Widerstandskräften gegenüber Herausforderungen und belastenden Lebensumständen der Kinder und Jugendlichen fördern (Lenz, 2012).

Wenn Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil keine Unterstützung erhalten, kann dies gemäss Kölch & Schmid (2008) zu einem Teufelskreis zwischen elterlicher Belastung und kindlicher Auffälligkeit führen. So wirkt sich elterlicher Stress akzentuierend auf die psychische Erkrankung der Eltern aus, was Verhaltens- oder emotionale Probleme der Kinder verschärft. Die verstärkte Symptomatik der Kinder wiederum erhöht den elterlichen Stress, was sich abermals auf die Erkrankung der Eltern und entsprechend

auf die Belastung der Kinder auswirkt. Hinzu kommt, dass ohne Unterstützung in der Kinderbetreuung indizierte stationäre Behandlungen nicht angetreten oder frühzeitig abgebrochen werden, was zu einer Chronifizierung der elterlichen Störung beitragen und langfristig die Entwicklung des Kindes gefährden kann. Schmid, Grieb und Kölch (2011) halten fest, dass diesem Teufelskreis am effektivsten entgegengewirkt wird, wenn Interventionen sowohl auf der Ebene der Kinder wie auch auf der Ebene der Erwachsenen darauf abzielen, die Interaktion zwischen Eltern und Kindern zu verbessern.

Die Abbildung 1 veranschaulicht den Teufelskreis zwischen elterlicher Belastung und kindlicher Auffälligkeit, inkl. mögliche Ansatzpunkte für Unterstützung:

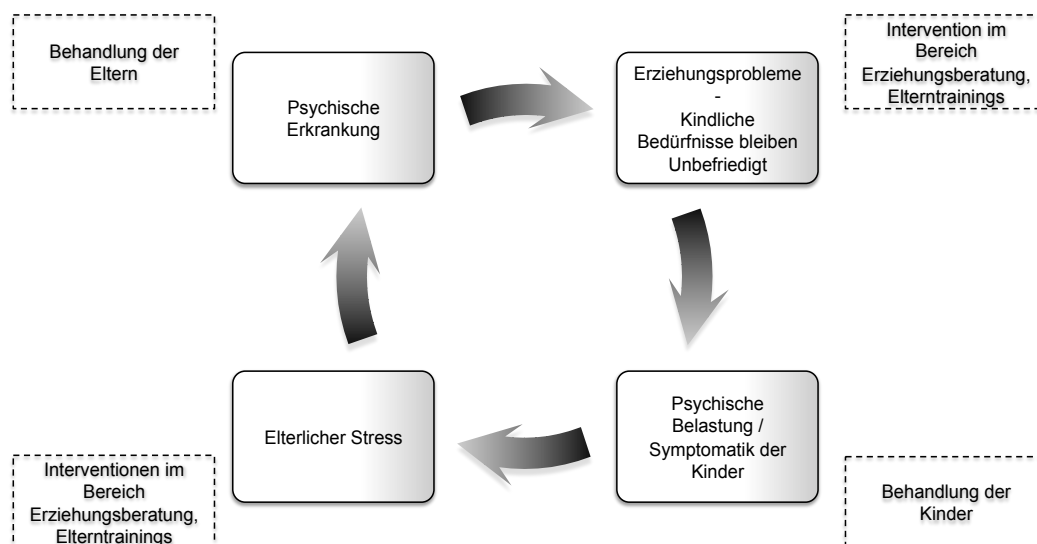


Abbildung 1 Teufelskreis zwischen elterlicher Belastung und kindlicher Auffälligkeit und Ansatzpunkte für Hilfen (modifiziert nach Kölch & Schmid, 2008, S. 785)

Auch Schone und Wagenblass (2011) betonen, dass frühzeitige und niederschwellige Angebote dazu beitragen, dass bereits vor dem Eintreten von Krisen Handlungs- und Hilfestrategien erarbeitet werden können. Dies erlaubt, dass in Krisenzeiten die notwendigen angemessenen Massnahmen rasch aktiviert werden können und weitergehende Massnahmen (wie z.B. Sorgerechtsentzug) sich unter Umständen erübrigen. So liesse sich mit vergleichsweise wenig Aufwand eine pathologische Entwicklung des Kindes in vielen Fällen verhindern (Schmid et al., 2011).

1.4.4 Zugang zu Hilfsangeboten über die Versorgungssysteme.

1.4.4.1 Versorgungssystem für Erwachsene. Gemäss Kölch und Schmid (2008) müssten Informationen über Hilfsangebote von denjenigen Stellen aktiv angeboten werden, welche mit den psychisch kranken Eltern in Kontakt kommen, resp. bei denen Eltern Hilfe suchen; so zum Beispiel Psychiater/innen, Psychotherapeuten/innen oder psychiatrische Kliniken. Voraussetzung dafür, dass die Versorgungssysteme aus dem Erwachsenenbereich Prävention und Hilfe für die betroffenen Familien und Kinder anbieten könnte, wäre jedoch gemäss Franz, Kettmann, Jäger, Hanewald und Gallhofer (2012) ein ausreichendes Bewusstsein für die Problematik. Das heisst, es müssten basale Informationen über die familiäre Situation der Patientinnen und Patienten bekannt sein. Dies bedeutet einerseits das Wissen, ob und in welchem Alter Kinder im Haushalt sind, ob Verhaltensauffälligkeiten vorliegen oder wie die Betreuung während des Klinikaufenthaltes organisiert ist, aber auch, wie und wo Hilfe und Beratung vermittelt werden kann. Um zu untersuchen, ob diese Voraussetzungen in der Praxis erfüllt sind, haben Franz et al. (2012) in einer Studie sieben psychiatrische Kliniken bezüglich der Aufmerksamkeit von Psychiaterinnen und Psychiatern gegenüber Kindern ihrer Patientinnen und Patienten und deren Einstellung zur Jugendhilfe und Prävention befragt. Dabei zeigte sich, dass die Psychiaterinnen und Psychiater in den meisten Fällen wissen, ob ihre Patientinnen und Patienten Kinder haben und dass die Gefahr einer Entwicklungsschädigung besteht. Sie verfügen zudem über ein grosses Fachwissen bezüglich der typischen Belastungen für die Kinder von psychisch Kranken. Doch trotz dieses Bewusstseins für die Belastungen und Risiken für die Kinder nimmt das Wissen über die familiäre Situation der Patientinnen und Patienten mit zunehmender Differenzierung und Präventionsrelevanz extrem ab. Die Fachleute wissen oft nicht, wer die Kinder während der Behandlung betreut und sprechen mit den Patientinnen und Patienten auch nicht über Sorgen und Ängste in Bezug auf die Elternschaft. Die Einschätzung der Belastungen für die Kinder steht somit in Kontrast zu der fehlenden Thematisierung dieser Probleme und der Veranlassung entsprechender Hilfsmöglichkeiten. Eine mögliche Erklärung für diese Diskrepanz liegt gemäss Franz et al. (2012) darin, dass den befragten Psychiaterinnen und Psychiatern Angebote der Jugendhilfe und anderer Hilfsstellen kaum bekannt waren. Zudem tauchte das Jugendamt nach wie vor nur im Kontext einer Kindeswohlgefährdung auf und wurde deshalb aus Angst vor einer Kindeswegnahme möglichst nicht kontaktiert. Die Autoren halten fest,

dass die Angebote der Jugendhilfe aus Unkenntnis über deren präventive Möglichkeiten nicht oder nur wenig aufgesucht werden.

Ähnliche Erfahrungen machten auch Gurny et al. (2007) in ihrer Winterthurer Studie. Die Leistungserbringer im Versorgungsbereich der Eltern wussten zwar fast alle, ob Patientinnen und Patienten Kinder haben. Jedoch nur 43% fragten die Eltern nach einer allfälligen psychosozialen Belastung der Kinder. Die weiterführende Studie von Cassée, Los-Schneider, Baumeister und Gavez (2008) zeigte, dass die Konfrontation mit dem Thema Elternschaft von Versorgern aus dem Erwachsenenbereich vermieden wird, weil sie die Gefahr eines drohenden Therapieabbruches oder eines frühzeitigen Austrittes aus der Klinik mit entsprechend erhöhter Rückfallgefahr mit sich bringt. Aber auch die Angst der Eltern vor einer Wegnahme der Kinder erschwert die Kommunikation.

1.4.4.2 Versorgungssystem für Kinder und Jugendliche. Im Versorgungssystem für Kinder und Jugendliche ist die Informationslage über eine elterliche Erkrankung gemäss Gurny et al. (2007) je nach Leistungserbringer sehr unterschiedlich. Viele Leistungserbringer fragen die Eltern nicht, ob eine psychische Erkrankung vorliegt oder haben auch keine Möglichkeit, entsprechende Informationen von anderen Stellen einzufordern. 80% der Leistungserbringer ohne psychosoziale Problemindikation (Krippen, Kleinkinderberatungsstellen, Kinderärztinnen und -ärzte, Kinderkliniken) bezeichnen ihre Informationslage zur Erfüllung ihres Auftrages als ungenügend bis schlecht. Diese Stellen wären jedoch laut Gurny et al. (2007) für präventive Angebote hervorragend geeignet, wenn sie besser über die familiäre Situation informiert wären. Selbstständig die Eltern mit dem Thema zu konfrontieren, dies erweist sich in der Praxis gemäss Cassée et al. (2008) als schwierig. Die meisten Eltern sprechen ihre Erkrankung nicht von sich aus an und das Einschätzen einer Kindswohlgefährdung ist aufgrund der mangelnden Transparenz kaum möglich. Die Arbeit mit psychisch kranken Eltern wird zudem als komplex und aufwändig beschrieben, was nicht selten abschreckend auf die Helfersysteme wirkt.

So kommen gemäss Deneke (2005) Kinder und Jugendliche von psychisch kranken Eltern oft erst mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Kontakt, wenn bereits erhebliche seelische Probleme (im Bereich der Gefühle, der sozialen Beziehungen und des Lernens) oder sogar schon ausgeprägte Störungen vorliegen (Deneke, 2005).

1.4.4.3 Zusammenarbeit der Versorgungssysteme für Erwachsene und

Kinder. Zwischen dem Versorgungssystem für Erwachsene und demjenigen für Kinder und Jugendliche besteht gemäss Schone und Wagenblast (2005) eine Schnittstellen-Problematik: Während die Versorger aus dem Erwachsenenbereich eine stabilisierende Wirkung der Kinder auf ihre Eltern betonen, geht die Kinder- und Jugendpsychiatrie von einer unzureichenden Versorgung und potentiellen Gefährdung der Kinder und Jugendlichen aus. Diese unterschiedlichen Perspektiven der Helfersysteme führen zu Spannungen zwischen den Vertretern der Erwachsenen und denen der Kinder. Um Familien mit einem psychisch kranken Elternteil effektiv helfen zu können, müsste jedoch eine Kooperation aller beteiligten Systeme stattfinden.

Laut der Studie von Cassée et al. (2008) besteht aus Sicht der Kinder- und Jugendhilfe der Wunsch nach einer Verbesserung und Intensivierung der Zusammenarbeit mit dem Versorgungssystem für Erwachsene. Zurzeit besteht jedoch kaum eine Kooperation und falls doch, kommt sie oft nur auf Initiative der Kinder- und Jugendhilfe zustande. Gemäss den Autoren beziehen Fachpersonen aus dem Erwachsenenbereich die Kinder ihrer Patientinnen und Patienten zu wenig in die Behandlung mit ein. Auch die ärztliche Schweigepflicht erschwert eine rasche und unkomplizierte Kooperation. Zudem ist die Zusammenarbeit stark personenabhängig und wenig institutionalisiert und formalisiert. Diese Sicht wird durch Aussagen aus dem Versorgungssystem für Erwachsene bestätigt: So besteht wenig Erfahrung in der Zusammenarbeit mit dem Versorgungssystem für Kinder und Jugendliche und freischaffende Fachleute aus dem Bereich der Psychiatrie und Psychotherapie äussern mehrheitlich keinen Bedarf an einer Zusammenarbeit. Dies auch, weil sie ihre Patientinnen und Patienten – gestützt auf die Schweigepflicht – schützen oder diese aufgrund schlechter Erfahrungen mit Behörden die Schweigepflicht nicht aufheben wollen (Cassée et al., 2008).

1.4.5 Inanspruchnahme von Hilfsangeboten aus Sicht der betroffenen Eltern.

1.4.5.1 Wahrnehmen des Hilfebedarfs durch die Eltern. Ob psychisch kranke Eltern Hilfe für ihre Kinder in Anspruch nehmen, hängt in erster Linie davon ab, inwiefern sie die Probleme der Kinder überhaupt wahrnehmen. Man könnte davon ausgehen, dass Eltern aus störungsimmanenten Gründen psychische Auffälligkeiten beim Kind nicht

wahrnehmen oder daraus keine Handlungsnotwendigkeiten ableiten (Kölch, 2009). Eine Untersuchung an stationär psychiatrisch behandelten Patienten (Kölch, Schielke, Fegert, Becker & Schmid, 2008) zeigte jedoch, dass fast die Hälfte der befragten Eltern ihre Kinder als psychisch auffällig beschrieben und rund 80% der Eltern angaben, dass für das Kind Belastungen durch die eigene stationäre Behandlung entstünden. Psychisch kranke Eltern sind also für die Probleme und Belastungen der Kinder durchaus sensitiv, nehmen diese wahr und können sie benennen.

Viele erkrankte Eltern sind sich gemäss Lenz (2012) zudem bewusst, dass sie in ihrer Erziehungskompetenz generell oder zeitweise eingeschränkt sind. Sie können den Kindern die notwendige Aufmerksamkeit und emotionale Zuwendung nicht geben, haben Schwierigkeiten, sich durchzusetzen oder die Kinder ausreichend zu fördern und zu ermutigen. Es besteht zudem die Sorge, die Kinder in akuten Krisenzeiten zu ängstigen, in Gefahr zu bringen, zu vernachlässigen, körperlich zu verletzen oder zu misshandeln.

1.4.5.2 *Hindernisse bei der Inanspruchnahme von Hilfsangeboten.* Zwischen den erlebten multiplen Belastungen von psychisch kranken Eltern und der Suche nach Hilfe für die Reduzierung dieser Belastungen besteht eine Diskrepanz. Die Inanspruchnahme von Hilfsangeboten ist laut Kölch & Schmid (2008) in Anbetracht des elterlichen Stresses und den Belastungen und Auffälligkeiten der Kinder als unzureichend einzuschätzen.

1.4.5.2.1 *Informationsdefizite / Befürchtungen / Vorbehalte.* Gemäss Kölch und Schmid (2008) besteht eine Erklärung dafür, dass psychisch kranke Eltern trotz diverser Belastungen nur unzureichend Hilfsangebote aufsuchen und annehmen, darin, dass der Zugang der Eltern zu den Hilfesystemen aufgrund von Informationsdefiziten, Ängsten und Vorbehalten eingeschränkt ist. Der Unzufriedenheit der Eltern mit der Betreuungssituation der Kinder, der Wahrnehmung der Auffälligkeiten der Kinder und den eigenen Belastungen stehen die Ängste, Vorbehalte und negativen Zuschreibungen gegenüber den Hilfesystemen gegenüber. Diese Ambivalenz kann dazu führen, dass hinsichtlich der kindlichen Probleme und der familiären Belastung eher dissimuliert wird und die Patientinnen und Patienten ihren Hilfebedarf nicht direkt signalisieren.

Auch Lenz (2012) hält fest, dass ein Grossteil der erkrankten Eltern noch nie ein Hilfsangebot in Anspruch genommen hat. Viele wissen nicht, wo sie Hilfe für sich und

ihre Kinder erhalten können oder welche Anlaufstellen zuständig sind. Eltern sind aber gegenüber Hilfsangeboten für die Kinder auch reserviert und vorsichtig. Dies aus Angst, dass ihnen die Kinder weggenommen oder dass Massnahmen gegen ihren Willen eingeleitet werden könnten. Dazu kommt die Kränkung und Stigmatisierung, die durch die pauschale Infragestellung der Erziehungsfähigkeit psychisch kranker Menschen ausgelöst wird.

Die Haltung der Eltern gegenüber Hilfsangeboten durch das Jugendamt haben Kölch und Schmid (2008) untersucht. Dabei zeigte sich, dass über die Hälfte aller Eltern den Kontakt zum Jugendamt und das Beantragen von Erziehungshilfen aus Angst vor Stigmatisierung, Bevormundung und Entzug des Sorgerechts aktiv vermieden. Diese Resultate stehen gemäss den Autoren mit altbekannten Vorurteilen gegenüber staatlichen Hilfen in Verbindung, welche aufgrund eines erheblichen Informationsmangels nach wie vor persistieren. Es zeigte sich aber auch, dass Eltern, die mit Jugendhelfemassnahmen Erfahrungen machten, diese mehrheitlich negativ beschrieben. Dies vor allem, weil sie den Kontakt als bevormundend erlebten.

Kölch und Schmid (2008) betonen, dass der Zugang zu niederschwelligen Angeboten solange erschwert ist, wie eine „Kommstruktur“ vorherrsche (S. 785). Psychisch kranke Eltern könnten besser erreicht werden, würden die von ihnen gewünschten und als wirksam belegten Hilfemassnahmen (wie Elternberatung und Gruppenangebote) direkt an sie adressiert. Dies könnte von Psychiatern, Psychotherapeuten oder von Institutsambulatorien übernommen werden, da sich Eltern mit Hilfsbedarf an diese Stellen wenden.

1.4.5.2.2 Stigmatisierung und Tabuisierung. Ein weiterer Grund, warum Hilfestellen nicht aufgesucht werden, liegt gemäss Griepenstroh, Heitmann und Hermeling (2012) darin, dass Familien mit einem psychisch kranken Elternteil in verschiedensten privaten und gesellschaftlichen Bezügen noch immer von Stigmatisierung und den damit einhergehenden Diskriminierungsängsten und -erlebnissen betroffen sind. Dies führt dazu, dass sie inner- und ausserhalb der Familie nicht oder nur sehr wenig über die Krankheit und deren Folgen sprechen und auch von den Kindern ein Verschweigen der Krankheit verlangt wird. Das Schweigegebot wird gemäss Sollberger (2013) aber auch als Mittel zur Problembewältigung gesehen, wenn man bedenkt, dass die Eltern befürchten, Obhut und Sorgerecht für die Kinder zu verlieren. Durch diese Tabuisierung und Verheimli-

chung der Erkrankung in der Familie und im sozialen Umfeld werden jedoch adäquate Unterstützungsmassnahmen für die Kinder und Eltern verhindert (Roth, Bailey & Schmid, 2012).

1.4.5.3 Wünsche der Eltern in Bezug auf Hilfsangebote. Verschiedene Studien zeigen, dass psychisch kranke Eltern konkrete Wünsche in Bezug auf Hilfsangebote für ihre Kinder und Familien benennen können. Lenz (2012) beschreibt, dass diese von Hilfestellungen im Alltag (allgemeine Unterstützung in der Erziehung und Betreuung, gezielte Förderung bezüglich Freizeit, Kontakt mit Gleichaltrigen, Hilfe bei den Schularbeiten oder im Haushalt) bis zu therapeutischen Hilfen (Aufklärung über die Krankheit, Einbeziehen der Kinder in die Therapie, Psychotherapie für das Kind oder gemeinsame stationäre Aufenthalte) reichen. Es wird auch bereits als eine Entlastung erlebt, wenn Partnerinnen resp. Partner oder nahestehende Personen bei der Betreuung und Versorgung der Kinder unterstützend wirken oder diese Aufgabe zeitweise übernehmen.

Was sich Eltern, welche sich in stationärer Behandlung befinden, in Bezug auf die Kinder wünschen, haben auch Sommer, Zoller und Felder (2001) untersucht: An erster Stelle wurde die Hilfe bei der Information des Kindes, sowohl in Bezug auf die Hospitalisation wie auch auf die Krankheit, genannt. Es folgten Wünsche nach Hilfsangeboten in der Klinik – wie Aktivitäten mit den Kindern, Hilfe bei Erziehungsfragen, Elterngruppen, eine Fachperson in der Klinik für Eltern-Kind-Fragen, Hilfe bei der Organisation der Kinderbetreuung und Fragen zu Besuchen in der Klinik. Weiter wurde erwähnt, dass die Eltern sich für die Zeit nach der Hospitalisation Informationen über Hilfs- und Betreuungsangebote wünschen würden. Eltern äusserten zudem gemäss der Studie von Schmid et al. (2008) den Wunsch, dass Kinder in der eigenen Behandlung mehr berücksichtigt werden und dass die behandelnden Ärzte direkt und aktiv nach den Kindern fragen sollen. Aber auch Angebote, die die Eltern im konkreten pädagogischen Umgang oder bei der Informationsvermittlung an die Kinder unterstützen (wie Elternttraining, Gespräche mit einem Kinder- und Jugendtherapeuten, oder Betreuungsangebote im gewohnten sozialen Umfeld), werden in dieser Studie genannt.

1.5 Quantitative Studie der KJPK Basel-Stadt / KJP Basel-Land

Die vorliegende qualitative Bachelorarbeit steht in Ergänzung zu einer von der Forschungsabteilung der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Klinik (KJPK) Basel und

der Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP) Basel-Landschaft durchgeführten quantitativen Studie.

1.5.1 Beschreibung der Studie. Es handelt sich um eine noch nicht veröffentlichte Untersuchung, welche voraussichtlich im Juni 2014 bei der KJPK Basel einsehbar sein wird. Die bis am 26.11.2013 erhobenen – noch nicht vollständigen – Daten zum Themenbereich *Inanspruchnahme von Hilfsangeboten* wurden den Verfasserinnen dieser Bachelorarbeit zur Verfügung gestellt und von diesen ausgewertet (KJPK Forschungsabteilung, 2013). Eine detaillierte Beschreibung der Studie, der Stichprobe, des Studiendesigns sowie eine Übersicht über die Ergebnisse befinden sich im Anhang A. Im Folgenden werden die Resultate zusammenfassend vorgestellt.

1.5.2 Zusammenfassung und Interpretation der Ergebnisse.

1.5.2.1 Kommunikation mit Fachpersonen. Die meisten Probandinnen und Probanden (über 90%) gaben an, dass sich ihr behandelnder Arzt oder Therapeut nach ihren Kindern erkundigt hatte. Auffallend ist, dass sich mit zunehmendem Differenzierungsgrad der Fragen bezüglich der Versorgung der Kinder, auch die Anzahl Probandinnen und Probanden, die danach gefragt wurden, verkleinert (bis knapp 70%). Diese Zahlen zeigen, dass die meisten Behandler aus dem Erwachsenenbereich offenbar durchaus auf das Thema *Psychisch kranke Eltern* sensibilisiert sind.

1.5.2.2 Kenntnisse über Hilfsangebote. Bezüglich Kenntnis und Nutzung von Hilfsangeboten gaben die befragten Eltern an, dass vor allem Angebote bekannt sind, die sich entweder unspezifisch an alle Eltern wenden (z.B. Kinderkrippen) oder die auf Situationen ausgerichtet sind, in denen das Kind bereits auf therapeutische Hilfe angewiesen ist (ambulante oder stationäre Kinderpsychiatrie) oder nicht mehr mit der Familie zusammenleben kann (Kinderheime, Pflegefamilien). Unterschwellige und präventive Hilfsangebote (wie Bereitschaftspflege, Patenfamilien, sozialpädagogische Familienbegleitung, usw.) waren den Befragten wenig bekannt und wurden auch kaum genutzt. Wurden Angebote in Anspruch genommen, war die Zufriedenheit in den meisten Fällen recht bis sehr hoch.

1.5.2.3 Ansprechpersonen von psychisch kranken Eltern. Die Studie zeigt, dass Erwachsenenpsychiater neben Hausärzten und Verwandten zu den meistgenannten Ansprechpersonen in Bezug auf zentrale Sorgen der Familie zählen. Weniger häufig wur-

den Personen aus den Bereichen Schule, Erwachsenenpsychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie, Beratungsstellen und Vormundschaftsbehörden erwähnt. Personen aus dem Vormundschafts- und Beistandswesen und Kinderschutzgruppen wurden kaum bis nicht genannt. Es scheint also, dass sich betroffene Eltern am ehesten mit denjenigen Personen über ihre Probleme austauschen, mit welchen sie privat oder aufgrund ihrer eigenen psychischen Erkrankung bereits in Kontakt sind. Personen und Institutionen, die ihr Angebot spezifisch auf psychisch kranke Eltern oder den Schutz der Kinder ausrichten, scheinen weniger als Ansprechpartner wahrgenommen zu werden.

1.5.2.4 Hindernisse bei der Inanspruchnahme von Hilfsangeboten. Bei der Frage nach den Hinderungsgründen bei der Inanspruchnahme von Hilfe war der meistgenannte Grund, dass Angebote nicht bekannt waren. Weiter wurden finanzielle Gründe, Befürchtungen und unspezifische Ängste (z.B. Angst vor Trennung von Kindern, Bevormundung, Stigmatisierung) genannt, welche die Inanspruchnahme von Hilfsangeboten verhindern. Weniger bis kaum erwähnt wurden Zeitmangel, Sprachschwierigkeiten und Vergessen von Terminen.

1.5.2.5 Wünsche in Bezug auf die Inanspruchnahme von Hilfsangeboten. Die befragten Eltern wurden aufgefordert zu notieren, welche Angebote sie sich wünschen würden, oder welche ihnen bisher gefehlt haben. Folgende Nennungen wurden am häufigsten gemacht (Reihenfolge entspricht der Anzahl Nennungen):

- Hilfe im Haushalt
- Ausserhäusliche Kinderbetreuung wie Krippen, Tagesmutter, Babysitter
- Unterstützung durch Psychiaterin oder Psychiater / Psychologin oder Psychologe
- Kontakt zu anderen Betroffenen / Selbsthilfegruppen
- Unterstützung bei Konflikten mit AKJS (heutiges KJD), Schulheim, Gutachterin und Gutachter
- Finanzielle Unterstützung / Beratung oder kostenlose Angebote
- Sozialpädagogische Familienbetreuung

1.6 Fazit und Forschungslücke

Zum Thema *Familien mit einem psychisch kranken Elternteil* wurde in den letzten Jahren viel geforscht. Allen Studien gemeinsam ist, dass sowohl die betroffenen Eltern,

wie auch deren Kinder hohen Belastungen ausgesetzt sind. Werden Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil nicht unterstützt, kann es gemäss Kölch und Schmid (2008) zu einem Teufelskreis zwischen elterlicher Belastung und kindlicher Auffälligkeit kommen. Dies kann lang langfristig zu einer Chronifizierung der elterlichen Störung beitragen und die Entwicklung des Kindes gefährden. Die Inanspruchnahme von Hilfsangeboten ist jedoch verglichen mit dem elterlichen Stress und den Belastungen und Auffälligkeiten der Kinder als unzureichend einzuschätzen.

Sowohl aus der bisherigen Forschung wie auch aus der quantitativen Studie der KJPK geht hervor, dass psychisch kranke Eltern Bedarf an Entlastung und Unterstützung haben und diesbezügliche Wünsche benennen können (Lenz, 2012; KJPK, Forschungsabteilung, 2013). Obwohl entsprechende Angebote (vor allem unterschwellige und präventive Unterstützung) zum Teil vorhanden sind, sprechen für die Betroffenen verschiedene Gründe gegen eine Inanspruchnahme. Der meistgenannte Grund ist, dass Angebote nicht bekannt sind. Weiter werden finanzielle Gründe und verschiedene Ängste (z.B. Angst vor Trennung von Kindern, Bevormundung, Stigmatisierung) genannt (KJPK, Forschungsabteilung, 2013).

Im Rahmen dieser Studie soll nun ergänzend zu den quantitativen Daten der KJPK (2013) durch Interviews mit betroffenen Müttern und Vätern deren subjektive Sicht der Versorgungssituation im Raum Basel untersucht werden. Dabei interessiert insbesondere, warum die Anbieter von Hilfe die psychisch erkrankten Eltern zum Teil nicht erreichen. Mittels qualitativer Forschung sollen die Ergebnisse in einen erweiterten Kontext gestellt werden. Das Ziel ist, durch die Darstellung der individuellen und subjektiven Ansichten der Betroffenen, mögliche Lösungsansätze für die bessere Erreichbarkeit der Eltern zu eruieren.

1.7 Fragestellung

Aus der bisherigen Forschung und ergänzend zur quantitativen Studie der KJPK ergeben sich folgende Forschungsfragen:

- Welche Faktoren hindern psychisch kranke Eltern daran, Hilfe für sich selbst und für ihre Kinder in Anspruch zu nehmen?
- Welche Bedürfnisse und Wünsche haben psychisch kranke Eltern in Bezug auf die Inanspruchnahme von Hilfsangeboten?

2. Methode

Im Folgenden wird das methodische Vorgehen dieser empirischen Arbeit erläutert. Die Vorzüge einer Verbindung von quantitativer und qualitativer Forschung werden aufgezeigt. Es folgt die Beschreibung der Stichprobe. Darauf aufbauend werden das für die Datenerhebung eingesetzte halbstandardisierte Interview und die Durchführung der Untersuchung genauer beschrieben.

2.1 Studiendesign

2.1.1 Verbindung von quantitativer und qualitativer Forschung. Im Laufe der quantitativen Untersuchung der KJPK Basel-Stadt und der KJP Basel-Land stellte sich heraus, dass Schwierigkeiten, Bedürfnisse und Ängste von Eltern, die sich in psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlung befinden, in Bezug auf die Inanspruchnahme von Hilfsangeboten für ihre Kinder mittels rein quantitativer Methoden nur unvollständig erfasst werden können. Eine Vertiefung mittels Interviews und somit eine Kombination von quantitativen und qualitativen Erhebungsmethoden im Sinne einer Triangulation gemäss Flick (2008) erschien daher zielführend. Qualitative Daten in Ergänzung zu quantitativen können gemäss Oswald (2003) dazu dienen, quantitative Daten zu interpretieren und zu illustrieren. Zudem helfen sie, spekulative Interpretationen statistischer Ergebnisse zu korrigieren. Schröder und Gahleitner (2012) erwähnen weiter, dass die quantitative Forschung verallgemeinernde Ergebnisse bezüglich Lebensbedingungen und Lebensumfeldparametern liefern kann. Diese können mit Hilfe von qualitativer Forschung durch Aussagen über das subjektive Erleben und das reaktive Verhalten von Menschen in bestimmten Lebensumfeldern und prekären Situationen ergänzt werden. Durch die Kombination von quantitativen und qualitativen Methoden kann somit gemäss Oswald (2003) sowohl das Validitätsproblem der quantitativen, als auch das Generalisierungsproblem der qualitativen Forschung gelöst werden.

2.1.2 Methodisches Vorgehen. Bei der vorliegenden empirischen Untersuchung handelt es sich um eine qualitative Sozialforschung anhand von Interviews mit Eltern, die sich in stationär psychiatrischer Behandlung befinden. In Anlehnung an Mayring (2008) ist das Ziel der qualitativen Forschung, dass ein Sachverhalt in seiner Gesamtheit und Komplexität erfasst werden kann. Sie ermöglicht, Einflussfaktoren verstehen und relevante Zusammenhänge interpretieren zu können.

Als Erhebungsinstrument diente ein halbstrukturierter problemzentrierter Leitfaden nach Witzel (1982, 1985). Die Daten wurden auf Tonband aufgenommen und mit der Software f5 wörtlich transkribiert. Zudem erfolgte in Anlehnung an Witzel (2000) eine Kommentierung von besonderen Gegebenheiten vor, während und nach den Interviews in Form von Postskripten. Ausgewertet wurden die Daten gemäss der inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse in Anlehnung an Kuckartz (2012) mit Hilfe von computergestützten Textanalysen (Maxqdata Version 11).

2.2 Angaben zur Stichprobe

Die Interviews wurden mit 14 Personen (7 Frauen und 7 Männern) geführt, die sich in stationär psychiatrischer Behandlung befanden und Kinder zwischen 3-18 Jahren hatten. Die Probanden waren in der Universitären Psychiatrischen Klinik (UPK) in Basel, der Klinik Sonnenhalde in Riehen oder der Psychiatrie Baselland (PBL) in Liestal hospitalisiert. Ausgeschlossen wurden Personen mit geringen Deutschkenntnissen und Patientinnen und Patienten, bei welchen eine akute Symptomatik (Bsp.: Psychose, Suizidalität, schwere depressive Episode) im Vordergrund stand. Die Kontaktaufnahme erfolgte mittels Anfrage an die ärztlichen resp. pflegerischen Abteilungsleitungen der erwähnten Kliniken. Die Patientinnen und Patienten erhielten im Vorfeld des Interviews ein Informationsschreiben und wurden gebeten, eine Einwilligungserklärung zu unterschreiben (siehe Anhang B).

Im Sinne des Theoretical Samplings nach Glaser & Strauss (1967, 1998; zit. nach Flick, 2010) wurde über die Auswahl und Zusammensetzung des empirischen Materials (Fallauswahl) im Prozess der Datenerhebung entschieden. In der ersten Rekrutierungsphase wurden männliche Patienten der UPK befragt. In den meisten Fällen wiesen die Probanden eine Suchtproblematik auf und lebten nicht im selben Haushalt wie ihre Kinder. Mit dem Ziel, eine möglichst grosse Bandbreite an Aussagen zu erheben, beschlossen die Verfasserinnen, in einer zweiten Phase gezielt Patientinnen und Patienten mit anderen Diagnosen und/oder aus anderen Kliniken sowie Hauptbezugspersonen der Kinder und insbesondere weibliche Probandinnen zu rekrutieren.

Die Tabelle 1 bietet eine Übersicht über die befragten Probandinnen und Probanden:

Tabelle 1 Angaben zu den Probandinnen und Probanden

Code	Herr/ Frau	Alter	Zivilstand	Berufs- tätig	Selbstberichtete Diagnose	Alter/ Geschlecht Kinder
A	Herr	35	Verheiratet	Ja	PTBS, Depression	4 (m)
B	Herr	48	Geschieden	Ja	Sucht	16 (m)
C	Herr	≈ 45	Verheiratet	Ja	Burnout, Sucht	5 (w)
D	Frau	46	Mit Partner lebend	Ja	Depression, Anpas- sungsstörung	11 (m)
E	Herr	≈ 27	Ledig	IV	Sucht	3 (w)
F	Frau	≈ 35	Verheiratet	IV	Panikattacken, Angst- zustände	4 (m)
G	Herr	≈ 35	Ledig	Ja	Alkoholsucht (evtl. ADHS?)	11 (m)
H	Herr	≈ 40	Verheiratet	Ja	Depression	8 (m), 11 (w)
I	Frau	≈ 45	Geschieden	Ja	Depression, Borderline, ADS	14 (m), 18 (m), 20 (m)
J	Frau	≈ 45	Verheiratet in 2. Ehe	Ja	Depression, Borderline	12 (m), 18 (w), 24 (?), 26 (m)
K	Herr	≈ 42	Getrennt	IV	Psychose, Depression, Sucht	11 (w), 12 (w)
L	Frau	≈ 45	Getrennt	Ja	Depression	14 (w), 17 (m)
M	Frau	30	Getrennt	Ausbil- dung	Depression, Borderline, Burnout	7 (w), 9 (m)
N	Frau	36	Getrennt	Sozial- amt	ADHS, Depression, Persönlichkeitsstörung	7 (w), 8 (w)

Anzumerken ist, dass in acht der insgesamt vierzehn Fälle die Kinder zum Zeitpunkt der Untersuchung – resp. auch vor dem stationären Klinikaufenthalt der befragten Eltern – nicht mit den Probanden im gleichen Haushalt wohnten, sondern entweder bei der Ex-Partnerin oder dem Ex-Partner (G, K, L) oder in einem Heim resp. in einer Pflegefamilie (B, E, I, M, N) lebten.

2.3 Datenerhebung

2.3.1 Halbstrukturiertes Interview. Die Daten wurden in Form von problemzentrierten Interviews nach Witzel (2000) erhoben. Laut Mayring (2002) eignet sich diese Art der Interviewführung insbesondere für eine theoriegeleitete Forschung, da die Aspekte der vorangegangenen Problemanalyse im Interview weiterverfolgt werden. „Überall dort also, wo schon einiges über den Gegenstand bekannt ist, überall dort, wo dezidierte, spezifischere Fragestellungen im Vordergrund stehen, bietet sich diese Methode an.“ (Mayring, 2002, S.70). Die Standardisierung durch den Leitfaden ermöglicht zudem die Vergleichbarkeit der eruierten Daten.

Gemäss Mayring (2002) will die offene, halbstrukturierte Form des problemzentrierten Interviews die Befragten einerseits möglichst frei zu Wort kommen lassen, andererseits ist das Gespräch aber auf eine Problemstellung fokussiert, die der Interviewer einführt und auf die er im Laufe des Gesprächs immer wieder zurückkommt. Ziel ist es, über den sprachlichen Zugang die subjektive Bedeutung der Problemstellung für den Interviewten zu ergründen. Der Interviewte soll also nicht ausgehorcht werden, sondern sich durch den Aufbau einer Vertrauensbeziehung ernst genommen fühlen. Dadurch und durch das Anknüpfen an relevante gesellschaftliche Probleme kann der Interviewte vom Forschungsprozess profitieren. Die vorliegende Erhebung der Interviews richtete sich nach dem Ablaufmodell des problemzentrierten Interviews gemäss Mayring (siehe Abbildung 2).

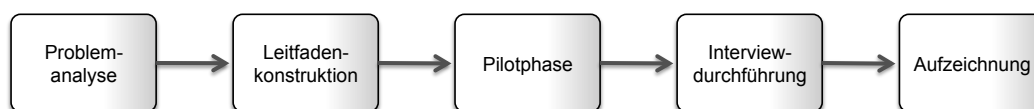


Abbildung 2 Ablaufmodell des problemzentrierten Interviews
(In Anlehnung an Mayring, 2002)

Gemäss Witzel (2000) kennzeichnet das problemzentrierte Interview, dass es immer an konkreten gesellschaftlichen Problemen bzw. einer theoriegeleiteten Forschungsfrage orientiert ist. Diese müssen vor der Interviewdurchführung analysiert werden (siehe Kapitel 1.4 und 1.5). Aus den daraus abgeleiteten Fragestellungen ergeben sich gemäss Mayring (2002) die zentralen Aspekte für den Interviewleitfaden (siehe Anhang C). Nach einer Pilotphase und Modifizierung des Leitfadens wird das Interview mit den Probanden

durchgeführt. Es besteht aus Sondierungsfragen, Leitfadenfragen und Ad-hoc-Fragen. Die Interviews werden durchgeführt und das eruierte Material wird im Einverständnis mit den Interviewten auf Tonband aufgezeichnet.

2.3.2 Durchführung der Untersuchung. Die Interviews mit den befragten Eltern wurden im Januar und Februar 2014 durch die zwei Verfasserinnen der vorliegenden Arbeit durchgeführt. Sie fanden in Räumlichkeiten der jeweiligen Kliniken statt, in welchen die Patientinnen und Patienten zum Zeitpunkt der Befragung stationär behandelt wurden. Zu Beginn wurden die Probandinnen und Probanden über das Ziel und die Fragestellung der Arbeit informiert und gebeten, eine Einverständniserklärung zu unterschreiben (siehe Anhang B). Der zeitliche Ablauf wurde erklärt und die Anonymisierung der Daten zugesichert. Es wurde betont, dass es den Interviewerinnen in erster Linie darum geht, die subjektive Sicht und die Erfahrungen der Probandinnen und Probanden in Bezug auf die Inanspruchnahme von Hilfsangeboten zu erfragen und nicht darum, ihnen Hinweise oder Ratschläge zu geben. Die Interviews wurden in Schweizerdeutsch geführt und auf Tonband aufgenommen. Sie dauerten zwischen 15 und 65 Minuten, wobei der Durchschnitt bei 44 Minuten lag.

3. Ergebnisse

Im Folgenden Kapitel wird beschrieben, mit welchen Verfahren die erhobenen Daten aufbereitet und ausgewertet wurden. Darauf folgt die Darstellung der Ergebnisse.

3.1 Beschreibung des Verfahrens

3.1.1 Datenaufbereitung. Alle Interviews wurden vollständig und wörtlich transkribiert. Die Transkription orientierte sich an den Transkriptionsregeln nach Kuckartz (2012). Um eine bessere Leserlichkeit zu erreichen, wurden die Interviews ins Standarddeutsche übersetzt. Wichtig erscheinende Helvetismen wurden beibehalten und in Anführungs- und Schlusszeichen gesetzt. Da die inhaltliche Analyse bei der Auswertung im Vordergrund stand, wurden Satzbaufehler behoben und stilistische Veränderungen vorgenommen. Die Transkriptionen haben einen Umfang von insgesamt 175 A4-Seiten. Das Transkriptions-Booklet (PDF-Format) kann bei den Verfasserinnen eingesehen werden. Im Anschluss an die Interviews wurde pro Probandin oder Proband ein Dokument zusammengestellt. Dieses enthält soziodemographische Angaben, ein Postskriptum in Anlehnung an Witzel (2000) und eine Fallzusammenfassung gemäss Kuckartz (2012) (siehe Anhang D).

3.1.2 Datenauswertung. Die Auswertung der Daten erfolgte in Anlehnung an die inhaltlich strukturierende qualitative Inhaltsanalyse gemäss Kuckartz (2012) und mit Hilfe von computergestützten Textanalysen (Maxqdata Version 11). Die Abbildung 3 verdeutlicht das Ablaufschema:

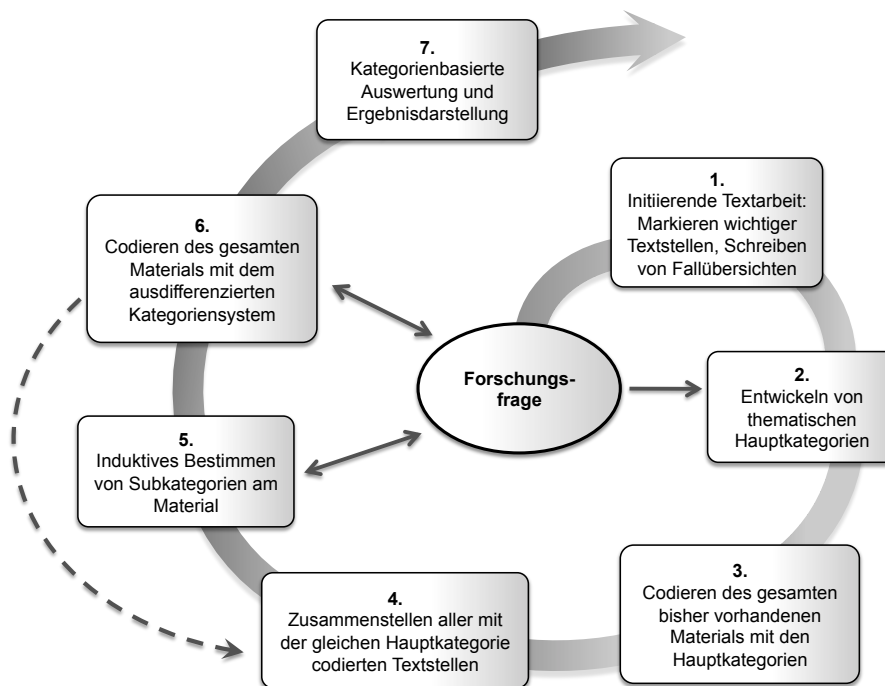


Abbildung 3 Ablaufschema einer inhaltlich strukturierenden Inhaltsanalyse (modifiziert nach Kuckartz, 2012, S. 78)

Ziel dieses Verfahrens ist es, die transkribierten Texte systematisch zu analysieren und zu strukturieren. Dabei wird das Material schrittweise mit einem theoriegeleiteten und vom am Material entwickelten Kategoriensystem bearbeitet. In einem ersten Schritt wurden die Interviews genau gelesen, wichtige Textstellen wurden markiert und für jeden Probanden wurde eine Fallzusammenfassung geschrieben (siehe Anhang D). Anhand der vorab festgelegten und aus der Theorie abgeleiteten Hauptkategorien wurden die erhobenen Daten ein erstes Mal gesichtet und entsprechende Textstellen markiert. Es folgte die induktive Bildung von Subkategorien und die Codierung des gesamten Datenmaterials anhand des ausdifferenzierten Kategoriensystems (siehe Kodierleitfaden im Anhang E). Weiter wurden Textstellen codiert, welche Aussagen über die Belastungen der Eltern, die mit der Erkrankung einhergehenden sichtbaren Veränderungen für das Familiensystem, Auswirkungen auf die Kinder und die Thematisierung der Erkrankung machen. Diese

Kategorien dienen dem Verständnis für die jeweiligen Lebenswelten der Interviewten. Sie wurden aber nicht in die Auswertung einbezogen, da sie sich nicht direkt auf das Thema *Inanspruchnahme von Hilfsangeboten* beziehen und somit den Rahmen dieser Bachelorarbeit sprengen würden. Um die Qualität des Codierens zu sichern, wurde nach dem Prinzip des konsensuellen Codierens gemäss Schmidt (2013) vorgegangen. So wurden die Textstellen von den zwei Verfasserinnen unabhängig voneinander den Hauptkategorien zugeordnet. In einem zweiten Schritt wurden die Codierungen verglichen und allfällige Abweichungen diskutiert. Auch die Subkategorien wurden unabhängig voneinander angedacht, zusammen besprochen und in einem weiteren Schritt gemeinsam definiert.

3.2 Darstellung der Ergebnisse

Im Folgenden werden die Ergebnisse der vorliegenden qualitativen Erhebung dargestellt. Zu Beginn wird ein Gesamtüberblick über die ausgewerteten Hauptkategorien zum Thema *Inanspruchnahme von Hilfsangeboten* gegeben. Darauf folgt die Darstellung der einzelnen Haupt- und Subkategorien. Die Buchstaben verweisen auf die Codes der einzelnen Probanden, während sich die Zahlen auf die Abschnitte in den Transkriptionen beziehen.

Der Kodierleitfaden im Anhang E bietet eine detaillierte Übersicht über alle Haupt- und Subkategorien inkl. Ankerbeispielen.

3.2.1 Überblick Haupt- und Subkategorien.



Abbildung 4 Gesamtüberblick Haupt- und Subkategorien

3.2.2 Kenntnisse über Hilfsangebote für psychisch kranke Eltern. Sieben der vierzehn Probanden, welche zum Zeitpunkt der Befragung in stationärer psychiatrischer Behandlung waren, meinten, sie würden keine Hilfsangebote für psychisch kranke Eltern kennen (C, D, F, I, J, K, L). Im Laufe der Interviews stellte sich allerdings heraus, dass die meisten bereits über zahlreiche Erfahrungen mit vorhandenen Angeboten verfügten.

3.2.3 Erfahrungen mit Hilfsangeboten.

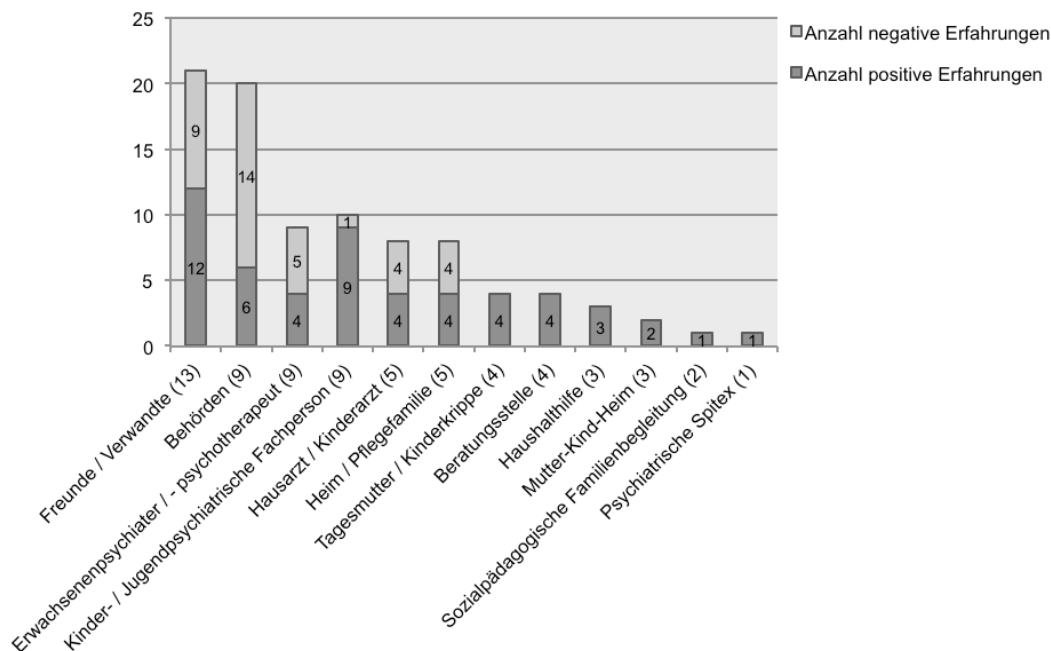


Abbildung 5 Subkategorien zum Thema Erfahrungen mit Hilfsangeboten (Mehrfachnennungen möglich /Anzahl Probanden in Kontakt mit genannter Stelle in Klammern)

Sieben der insgesamt vierzehn Befragten berichteten, dass sie bereits vor ihrem Klinikaufenthalt Kontakt mit **Behörden** wie der KESB, dem KJD, dem Sozialamt oder der IV gehabt hatten (B, E, I, K, L, M, N). In einigen Fällen wurde die Beratung und Unterstützung gut erlebt (B, M, N, E, K). Mehrheitlich wurde die Zusammenarbeit mit Behörden aber als anstrengend beschrieben.

Es ist anstrengend. Es sind zwar liebe Leute, aber es ist extrem anstrengend, was das für ein Apparat ist. (M, 66-69)

Weitere genannte Schwierigkeiten waren die häufigen Umstrukturierungen, die erlebte Überforderung der Sozialarbeiter, die wenig vorhandene Vernetzung und eine mangelhafte Kommunikation. Nicht selten wurden Behörden als bevormundend erlebt und die Eltern fühlten sich nicht ernst genommen (B, I, L, M, N).

KESB... NEIN DANKE! Das kann man jetzt wirklich gerade rauchen, das Zeug... Nein echt, die sind so überfordert. Die haben dort Umstrukturierungen. Die Dossiers stapeln sich bis da oben... (I, 112)

Die meisten Befragten berichteten von Unterstützung durch **Freunde und Verwandte**. Zwei Probanden geben an, dass sie Angst hätten, ihr privates Umfeld durch das Anneh-

men von Hilfe zu überlasten (D, H). In vier Fällen wurde der Kontakt zum Ex-Partner als sehr schwierig geschildert (I, L, M, N) und zwei Personen berichteten von Isolation und sozialem Rückzug aufgrund von mangelnder Unterstützung durch das soziale Umfeld (I, N).

... weil meistens noch Hilfe abgeschlagen wurde. Und dann hat man sich zurückgezogen... Mit der Zeit fragt man nicht mehr. Man verlernt auch zu fragen. (I, 116-118)

Neun Probanden waren bereits vor dem Klinikaufenthalt bei einem **Erwachsenenpsychiater oder -psychotherapeuten** in Behandlung und gaben an, dass die Elternschaft da thematisiert wurde. Geschätzt wurden Erziehungstipps, Hilfe bei der Vermittlung von Heimplätzen und Gespräche über die Erkrankung in Anwesenheit der Kinder (H, M). Zwei Personen berichteten von schlechten Erfahrungen mit psychologischen oder psychiatrischen Fachpersonen, welche sie nicht ernst genommen hätten (A, L). Drei Probanden berichteten, dass die Gespräche in Bezug auf die Elternschaft nicht hilfreich gewesen seien (A, L, N).

Dort wurde mehr besprochen, wie es mir geht... es hat einerseits gut getan, aber es ist für mich im Alltag mit den Kindern nicht sehr hilfreich gewesen. (N, 130)

Neun Probanden nahmen die Unterstützung durch einem **Kinder- und Jugendpsychiater oder eine Kinder- und Jugendpsychiaterin** in Anspruch und erlebten diese durchwegs positiv (B, C, D, E, I, J, L, M, N). Fünf Personen erzählten, dass ihre Kinder in einem **Heim** oder in einer **Pflegefamilie** betreut würden. Nur ein Proband war dabei mit der Kinderbetreuung und der Zusammenarbeit unzufrieden (N). Die anderen machten gute Erfahrungen.

Ich habe mit diesem Pflegeplatz wirklich eine riesengrosse Entlastung erfahren dürfen. (M, 92)

Drei Probanden haben Erfahrung mit einer **Mutter-Kind-Einrichtung**. Eine Probandin hat den Aufenthalt als schwierig erlebt (N), während zwei Personen eine grosse Entlastung erlebten (C, F).

Wenn es das bei uns nicht gegeben hätte (...), dann wäre das schlimm gewesen. Also, solche Mutter-Kind-Einrichtungen. Das ist extrem wichtig... (C, 105)

Über Erfahrungen mit Hilfsangeboten wie Tagesheime, Tagesmütter, Beratungsstellen, Haushaltshilfe, sozialpädagogische Familienbegleitung, psychologische Spitex, Hausärzte und Kinderärzte wurde ausschliesslich positiv berichtet.

Allgemein wurde bemängelt, dass Hilfsangebote zum Teil am falschen Ort ansetzen würden. Weiter wurde beanstandet, dass Hilfen wenig vernetzt seien (N) und nur punktuelle und wenig kontinuierliche Hilfeleistung bieten würden (J). Der Geschlechtervergleich zeigt, dass die interviewten Frauen doppelt so viele Erfahrungen mit Hilfsangeboten machten wie die Männer (Anzahl Nennungen: Frauen 64/ Männer: 30).

3.2.4 Einstellung zur Inanspruchnahme von Hilfsangeboten.

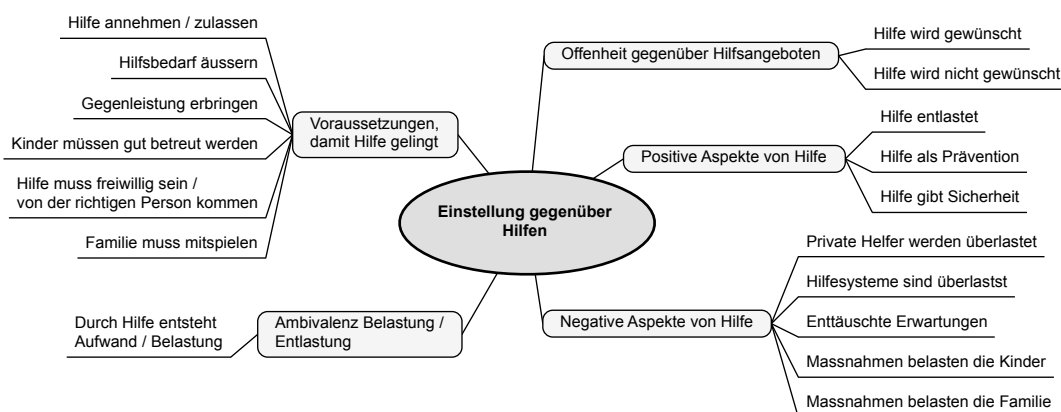


Abbildung 6 Subkategorien zum Thema Einstellungen zur Inanspruchnahme von Hilfsangeboten

Grundsätzlich zeigten die interviewten Eltern eine grosse **Offenheit gegenüber Hilfsangeboten**. Zwölf der vierzehn Probandinnen und Probanden hätten sich vor ihrem Klinikaufenthalt Hilfe gewünscht und / oder könnten sich vorstellen, diese in Zukunft in Anspruch zu nehmen (A, B, C, D, E, F, H, I, J, L, M, N). Zwei männliche Probanden zeigten sich gegenüber Hilfen von aussen eher ablehnend oder meinten, es bestünde bei ihnen kein Bedarf an Unterstützung (G, K). In beiden Fällen lebten die Kinder zum Zeitpunkt der Befragung bei der Mutter und der Kontakt war auf wenige, gut bewältigbare Tage beschränkt. Auf die Frage, was für **positive Aspekte** die Inanspruchnahme von Hilfsangeboten haben könnten, meinten drei Probandinnen, dass sie entlastet werden würden (D, N, L) und jemand berichtete, dass alleine das Wissen um Unterstützungsmöglichkeiten ihr Sicherheit geben würde (F). Mehrfach wurde der präventive Charakter von Hilfsangeboten positiv bewertet (C, E, M, N).

Wir sind eher jemand, wenn wir merken, bevor wir dann voll gegen die Wand fahren oder gegen die Wand laufen, dass wir uns dann eher Hilfe suchen. (C, 16)

Auf die Frage nach **negativen Aspekten von Hilfe** erzählten einige, dass Helferinnen und Helfer aus ihrem privaten Umfeld durch die schwierige Situation belastet würden und selber an den Rand ihrer Kräfte kommen würden (I, H, K, N).

Aber das nimmt dann nachher die helfende Person so in Anspruch, dass diese selber nachher in eine problematische Situation kommen kann. (H, 128)

Zwei weibliche Probandinnen berichteten von schlechten Erfahrungen mit Behörden und erzählten, dass sie den Eindruck hätten, diese seien überfordert (I, L). Vier Personen vertraten die Meinung, dass Massnahmen, welche die Kinder direkt betreffen, diese sehr belasten würden (D, G, J, N). Zwei Personen äusserten die Befürchtung, dass Hilfemassnahmen die Familie zusätzlich und insbesondere finanziell belasten könnten (D, H).

Weil zum Beispiel jetzt, mein Partner musste Ferien nehmen, teilweise ist er krank geschrieben und so. Alles fokussiert sich zusammen und das kostet Geld. Und dazu noch diese Belastung, dass zwar Hilfe kommt, es aber etwas kostet und ja, das ist immer eine schwierige Situation, wenn eine Krankheit kommt. (D, 118)

Mehrere Personen legten dar, dass sie bezüglich der Inanspruchnahme von Hilfsangeboten eine **Ambivalenz zwischen Belastung und Entlastung** verspüren würden. Einerseits könne Hilfe entlastend sein, andererseits aber noch zu einer grösseren Belastung für alle Beteiligten führen, weil sowohl zeitlich, organisatorisch wie auch finanziell zusätzlicher Druck entstehe. (F, H, I, J, M, N).

Die Probandinnen und Probanden erwähnten von sich aus verschiedene **Voraussetzungen, damit Hilfe gelingt**: Man müsse Hilfsbedarf äussern, Hilfe annehmen (E, K, L, M) und wenn möglich verdanken (M) können. Drei Personen meinten, dass es eine gewisse Reife brauche, um für sich passende Hilfsangebote auswählen zu können (C, D, M).

Natürlich braucht man dort auch eine gewisse Reife. In dem ganzen Wirrwarr von Hilfsangeboten, um zu sagen "das ist auch hilfreich" und "das brauche ich auch." (M, 43)

Ein wesentlicher Faktor scheint zu sein, dass die Familien der Patientin oder des Patienten auch bereit sind, Hilfe zuzulassen (A, D, I, L, M). Vier weibliche Probandinnen betonten, dass sie erst Hilfe für sich selbst in Anspruch nehmen, resp. sich in stationäre Behandlung begeben würden, wenn sie sicher sind, dass ihre Kinder gut betreut würden (F, I, M, N). Vier Personen betonten, dass es darauf ankommt, wie und vom wem Hilfe angeboten werde. (D, E, K, M).

3.2.5 Einstellungen zu spezifischen Hilfsangeboten.

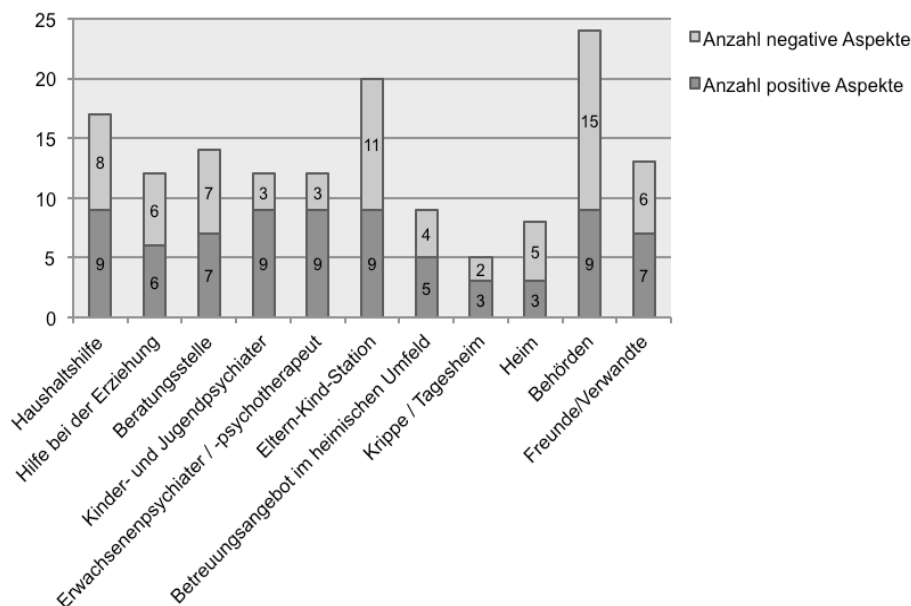


Abbildung 7 Subkategorien zum Thema Einstellung zu spezifischen Hilfsangeboten (Mehrfachnennungen möglich)

Die Eltern wurden gefragt, welche Assoziationen sie mit den in der Grafik aufgeführten, im Raum Basel vorhandenen Hilfsangeboten in Verbindung bringen:

Haushaltshilfe: Alle sieben befragten Frauen erachteten Haushaltshilfe als eine mögliche hilfreiche Entlastung (D, F, I, J, L, M, N). Zwei Männer (C, K) konnten sich vorstellen, in Notsituationen darauf zurückzugreifen, wenn sie die Hilfe selber organisieren könnten. Fünf Männer berichteten, dass sie selber, Freunde oder Verwandte den Haushalt führen würden und daher kein Bedarf an Haushaltshilfe bestehen würde (A, B, C, E, H). Zwei Personen fragten sich, wie Haushaltshilfe finanziert werden würde (D, I) und jemand hatte Angst vor Stigmatisierung und weiteren Konsequenzen, wenn sie Hilfe im Haushalt beanspruchen würde (F).

... der Gedanke daran, was kommt da von Aussen: Ja was, jetzt kannst du nicht mal mehr Staubsaugen? Wie kommt das noch raus?... wenn man schon eine Haushaltshilfe in Anspruch nimmt, ich weiss doch nicht, ob dann irgendjemand mal findet: Ja, aber können Sie ihr Kind überhaupt noch betreuen? (F, 81-83)

Hilfe bei der Erziehung der Kinder / Elternttraining: Sechs Personen berichteten von einem grundsätzlichen Interesse an Hilfe bei der Erziehung der Kinder (E, F, H, L, N, C). Eine Person erwähnte, dass die dazu notwendige zeitliche Kapazität nicht vorhanden sei (N). Das Angebot eines Elterncoachings wurde von sechs Personen als nicht

notwendig erachtet, da keine Erziehungsdefizite vorhanden seien (B, C, M) oder da primär die elterlichen Probleme im Vordergrund stehen würden (A, D).

Das würde meine Frau nicht annehmen, weil wir denken, dass das Problem mehrheitlich bei mir liegt. Ich muss mich verändern... (A, 46)

Beratungsstellen: Sechs Probandinnen und Probanden zeigten eine grundsätzliche Offenheit, sich bei Beratungsstellen Hilfe zu holen (A, C, D, E, J, K). Zwei Personen konnten sich unter Beratungsangeboten nichts vorstellen (F, N) oder fanden, es sei neben den von ihnen bereits benützten Angeboten zu viel (H, N). Jemand meinte, die Hilfe einer Beratungsstelle wäre für sie zu wenig intensiv gewesen (F). Zwei Probandinnen (I, L) gaben an, dass sie vor der Klinik keine Krankheitseinsicht gehabt hätten und sich deshalb gar nicht erst an eine Beratungsstelle gewendet hätten.

Ich hätte es wahrscheinlich nicht gemacht. Ich habe mich damals ja nicht als so krank empfunden. Jetzt bin ich depressiv. Jetzt merke ich es. (L, 88)

Kinder- und Jugendpsychiater / KJPD: Aufgrund von guten Erfahrungen wurden insbesondere Abklärungen beim KJPD aber auch therapeutische Gespräche bei Kinder- oder Jugendpsychiatern/ Kinder- und Jugendpsychologen positiv bewertet (B, C, E, N, F, I, J). Zwei Personen äusserten ihre Skepsis in Bezug auf Medikamente oder vor-schnelle Diagnosen für die Kinder (C, F). Ein Proband äusserte, dass seine Kinder keinen Bedarf an therapeutischer Unterstützung hätten (K).

Ich habe schon sehr sehr grossen Respekt...sobald ich das Gefühl habe, wir versuchen mal... geben ihr Medikamente. Da würde ich ganz klar „nein“ sagen. Nein, ausser wenn es medizinisch nötig wäre. Aber Kinderpsychiatrie würde mich eher abschrecken, ganz klar. (C, 56)

Erwachsenenpsychiater / Erwachsenenpsychotherapeut: Neun Personen waren gegenüber Unterstützung durch einen Erwachsenenpsychiater oder Erwachsenenpsychotherapeuten grundsätzlich positiv eingestellt (C, D, E, F, H, I, J, M, N). Eine Frau meinte, sie hätte dazu trotz Interesse im Alltag keine Kapazität (I). Eine andere Frau berichtete, dass sie die Unterstützung durch ihren Psychiater zwar gut erlebe, die Auseinandersetzung mit ihrer Erkrankung aber auch herausfordernd sei (J).

Eltern-Kind-Station: Zwei Personen haben selber Erfahrungen mit einer Eltern-Kind-Station gemacht und diese sehr positiv erlebt (C, F).

Finde ich sehr sehr wichtig und sehr gut. Also ich war vor drei Jahren hier, da war mein Sohn drei Monate alt. Das hat mir wahnsinnig viel gebracht, dass ich ihn habe mitbringen können. (F, 106)

Viele kannten das Angebot von Eltern-Kind-Stationen nicht, aber die Hälfte der Befragten zeigte ein grundsätzliches Interesse daran (B, C, D, F, I, M, N). Zwei Probandinnen argumentierten, dass dies den Gang in die Klinik erleichtern würde (F, I). Drei Probanden meinten, eine solche Einrichtung sei für die Kinder nicht geeignet, da sie nicht aus ihrem angestammten Umfeld herausgerissen werden sollten (E, J, M). Eine Mutter befürchtete, dass ihrem Sohn der Umgang mit anderen depressiven Menschen in der Klinik schaden würde (J).

Und es würde vielleicht zu einer bestimmten Stimmung kommen. Und das wäre zu heftig. (J, 113)

Vorhandene Mutter-Kind-Einrichtungen im Raum Basel wurden aus eigener Erfahrung oder aus Erzählungen von Mitpatienten schlecht bewertet (K, N).

Sozialpädagogische Familienbegleitung: Sozialpädagogische Familienbegleitung wurde von fünf Probanden als mögliche Unterstützung angesehen, da die Hilfe zu Hause und im Alltag ansetze (C, E, F, H, L).

Ja, das ist glaube ich etwas sehr Wertvolles. Also ja, dass jemand von Aussen hinschaut. (H, 110)

Zwei Personen meinten, sie würden die Kinder gut erziehen und bräuchten daher niemanden, der ihnen Tipps geben würde (J, K).

Krippen / Tagesheime: Tagesheime wurden von drei Müttern und Vätern als entlastend beschrieben (A, C, F). Ein Mann meinte aufgrund seiner eigenen Erfahrungen mit einem Heim, dass Krippen auf jeden Fall besser seien als Kinderheime (E). Eine Probandin befürchtete, dass ihr Sohn durch ein Tagesheim belastet werden würde, da er nicht zu Hause sein könnte (J).

Das würde mich entlasten, aber ich denke, das würde noch mehr Druck auf die Situation geben... Für meinen Sohn wäre das nicht Entlastung aber Belastung. (J, 86)

Heime: Drei Personen waren gegenüber Heimen / Pflegefamilien aufgrund von Erfahrungen mit ihren Kindern positiv eingestellt (B, I, M). Einige Probanden waren aufgrund von eigenen schlechten Erfahrungen als Kind (E) aufgrund von negativen Erfahrungen mit den eigenen Kindern (N) oder aufgrund von Gerüchten und Vorurteilen (H, L, M) Heimen gegenüber deutlich skeptisch eingestellt.

Ein Heim wäre nicht in Frage gekommen. Da hätte ich eher auf meine Nachholbildung verzichtet, als dass ich das zugelassen hätte. Das ist mir zu unpersönlich. Ich habe noch keines von innen gesehen, aber das ist halt das Gerücht. (M, 64)

Behörden (KESB, KJD, Sozialdienst): Behörden wurden eher negativ bewertet. Assoziiert wurden Themen wie Kindeswegnahme / Bevormundung (A, C, E, J, K, L, N), eigene Versagensgefühle (C, D, I) und mangelnde Kompetenz der Behörden (I, B, M, N).

Ich könnte mir vorstellen, wenn es um Geschichten wie Jugendamt geht oder so was, dass wir da erstmal ganz vorsichtig wären... Weil es da um so etwas wie Kind wegnehmen oder so geht. Das ist natürlich dann so ein ganz essentieller, tiefer Eingriff... (C 16-18)

Von zwei Personen wurde die Meinung vertreten, dass es Behörden zum Kinderschutz (F) und für Probleme mit Teenagern (C) brauche. Vier Personen wären dankbar, wenn Behörden dabei unterstützen würden, die Kinderbetreuung zu organisieren oder mit den Kindern die psychische Erkrankung zu thematisieren (C, J, H, N).

Freunde/ Verwandte: Sechs Probandinnen und Probanden berichteten, dass sie dankbar um die Unterstützung von Verwandten und Freunden seien (C, D, F, L, M, N). Eine Probandin betonte, dass es ihr wichtig sei, etwas zurückgeben zu können und Hilfe nicht nur anzunehmen (M). Mehrfach erwähnt wurde, dass Freunde und Verwandte durch die psychische Erkrankung und den Klinikaufenthalt auch belastet seien (D, H) und Hilfe zu erbitten aus diesem Grund zum Teil schwierig sei (I). Eine Probandin berichtete, dass ihre Mutter sie zwar tatkräftig unterstütze, aber ihre Grenzen nicht respektiere und die Beziehung zu ihr daher eher belastend sei (M).

Meine Mutter ist ein riesiges Problem. Das belastet mehr, als dass es hilft. (M, 68)

3.2.6 Hilfesuchverhalten, Informationsbeschaffung.

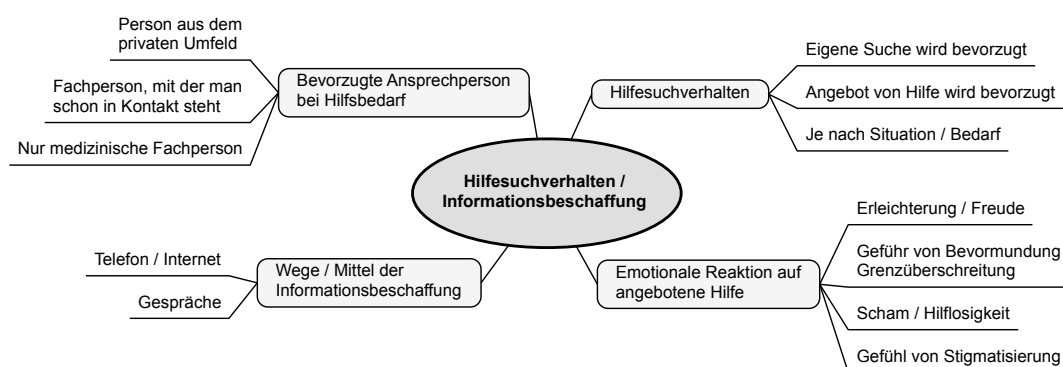


Abbildung 8 Subkategorien zum Thema Hilfesuchverhalten und Informationsbeschaffung

Auf die Frage nach dem **Hilfesuchverhalten**, meinten drei Personen, dass sie lieber selber Hilfe suchen würden, als Angebote zu erhalten (A, D, E). Zwei Frauen meinten, dass sie lieber Angebote erhielten als selber zu suchen (J, N). Die meisten befragten

Eltern äusserten, dass sie Hilfsangebote je nach Situation, Bedarf oder Phase der Erkrankung entweder als hilfreich oder als befremdlich empfinden würden (B, C, F, H, I, K).

Ja, das kommt eigentlich noch etwas auf die Situation drauf an oder? (...) Es hat mich am Anfang sehr viel Kraft und Überwindung gekostet um zu sagen: "Hallo, ich bin da und ich brauche Hilfe" oder? (...) Als zu dem Zeitpunkt wäre ich wohl sofort einverstanden gewesen, wenn jemand gekommen wäre und gesagt hätte "da können wir Ihnen helfen". Auf der anderen Seite denke ich, eben es gibt auch Situationen, wenn es nicht so akut ist oder? Wo man sehr wohl in der Lage ist zu sagen "doch, ich glaube das wäre jetzt das Richtige", also dass man es sich anschaut und dann entscheidet, das ist jetzt der richtige Ort oder? (H, 140)

Die **emotionale Reaktion auf ein Hilfsangebot** von aussen wäre bei drei Personen Freude und ein Gefühl der Erleichterung (F, H, J). Vier Personen würden es als grenzüberschreitend oder bevormundend erleben (A, C, I, K). Bei einer Probandin würde ein Hilfsangebot Schamgefühle und Hilflosigkeit auslösen (L).

Andererseits kann das aber auch heissen: "Wow, mit mir stimmt überhaupt nichts" und "was wollen die" und "ist es so schlimm?" (I, 122)

Bevorzugte Ansprechpersonen bei Hilfsbedarf sind für die meisten befragten Mütter und Väter Menschen aus ihrem Bekanntenkreis (D, F, H, K, L, M) oder bereits kontaktierte Fachpersonen wie Psychologen, Psychiater, Hausärzte, Kinderärzte, Behörden oder Beraterinnen und Berater der IV (B, C, E, F, G, H, J, K, M, N).

Ja, wenn man dort in Kontakt ist ja. Dass man von dort her Unterstützung erhalten würde... (H, 146)

Auf die Frage nach **Wegen und Mittel der Informationsbeschaffung** über Hilfsangebote meinten fast alle Probandinnen und Probanden, dass sie das Gespräch mit bereits bekannten Privat- oder Fachpersonen suchen würden (B, C, D, E, F, G, H, J, K, L, M, N). Zwei Personen meinten, dass sie sich über das Internet (I) oder per Telefon (K) nach Hilfsangeboten erkundigen würden.

Ich würde eigentlich jetzt über den Kinderarzt zum uni-kinderpsychiatrischen Dienst (gehen). Weil ich es mittlerweile einordnen kann. Ich weiss, mit wem ich es zu tun habe. Habe gute Erfahrungen gemacht... (C, 75)

3.2.7 Hindernisse bei der Inanspruchnahme von Hilfsangeboten.

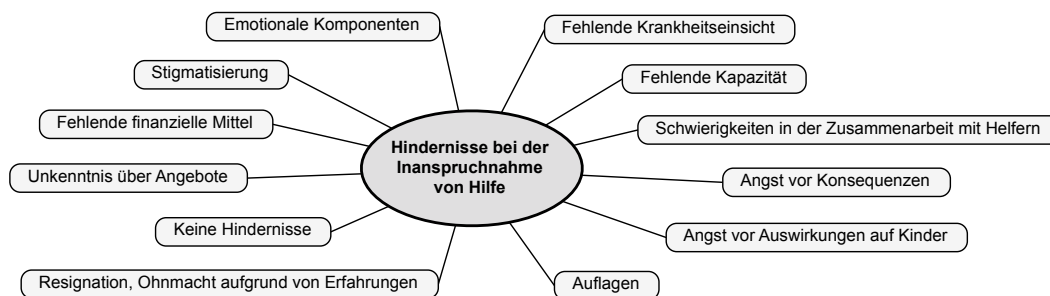


Abbildung 9 Subkategorien zum Thema Hindernisse bei der Inanspruchnahme von Hilfsangeboten

Drei Personen äusserten, dass die **Unkenntnis über Angebote**, welche psychisch kranken Eltern helfen könnten, ein Grund sei, Hilfe nicht zu suchen oder nicht in Anspruch zu nehmen (F, H, N).

Ja, schon nur die ähm... einerseits vielleicht auch Unkenntnis, was gibt es überhaupt und wo müsste ich, also wo wäre der richtige Ort eigentlich für mich? (H, 142)

Fehlende finanzielle Mittel wurden von fünf Personen als Hindernis genannt (C, H, J, I, N). Die Angst vor oder Erfahrungen mit **Stigmatisierung** verhindern bei fünf Personen, dass sie Hilfsangebote in Anspruch nehmen würden (A, C, F, I, J). Ausschliesslich von Frauen wurden **emotionale Komponenten** wie Versagens-, Scham- und Schuldgefühle und das Gefühl, durchhalten zu müssen, genannt (F, L, I, J).

Also wirklich sagen: "Hey nein, das ist mir jetzt peinlich, wenn ich jetzt sogar noch das brauche oder jenes. (F, 123)

Drei Probandinnen erwähnten, dass **fehlende Krankheitseinsicht** dazu führen könne, dass der Bedarf an Hilfe nicht erkannt werde. Mehrere Personen erzählten, dass **fehlende Kapazität** ein Haupthinderungsgrund sei, Hilfe nicht in Anspruch nehmen zu können. Die Rede ist einerseits von fehlender Energie und Kraft, um sich über Hilfsangebote zu informieren und diese aufzusuchen (H, I, J, M, N).

Machmal fehlt mir dann auch die Energie, um überhaupt noch Ideen zu haben. (N, 84)

Andererseits wurde beschrieben, wie viel Aufwand die Installation von Hilfe bedeuten würde, sodass abgeschätzt werden muss, ob sich der Aufwand lohnen oder die Massnahme schlussendlich nur zusätzlich belasten würde (F, H, I, M, N).

Wenn man die Kinder für ein Wochenende abgibt oder so, das zu organisieren und das Bringen und die Verabschiedung und nachher hat man doch trotzdem, also kann man nicht so richtig loslassen und dann wieder das Abholen und dann braucht es diese Angewöhnungszeit wieder. (H, 78)

Verschiedene Probandinnen und Probanden äusserten **Schwierigkeiten in der Zusammenarbeit mit Helfern**: Die Kommunikation unter Fachpersonen sei mangelhaft (I, M, N), es gebe zu viele Ansprechpersonen (G, H, I, M, N), und die Vernetzung sei ungenügend (E, H, I, M, N).

Es läuft sehr viel übers Weitersagen, sag ich mal so. Ich komme mir manchmal vor wie in diesem Telefonspiel oder? Wo man am Anfang irgendetwas sagt und was dabei rauskommt am Schluss ist so: "Ui" (N, 164)

Drei Probandinnen erlebten private Helfer als unzuverlässig (I, M, N). Verschiedene Ängste scheinen die Inanspruchnahme von Hilfe zu verhindern. Die Hälfte der Befragten berichtete über **Ängste vor Konsequenzen**, welche eine Inanspruchnahme von Hilfe nach sich ziehen könnte: Einerseits Befürchtungen in Bezug auf den Verlust der Kontrolle / Privatsphäre (C, E, F, N), andererseits aber auch die Angst vor der Kindeswegnahme (A, C, E, F, J, L, N).

Also ich hatte schon auch Angst, wenn es irgendwann zu viele Hilfen sind, dass man sagt, irgendwie, "die kommt ja gar nicht klar" sozusagen. "Die Kinder kommen weg" und schlussendlich ist es auch auf das rausgelaufen ja. (N, 168)

Die **Angst vor möglichen Auswirkungen auf die Kinder** zeigt sich darin, dass drei Probandinnen meinten, sie hätten lange keine Hilfe für sich selbst in Anspruch genommen, da sie nicht wussten, von wem und wie die Kinder während ihres Klinikaufenthalts betreut würden (I, M, N). Drei Personen äusserten aber auch die Angst, dass ihre Kinder überbehandelt würden, wenn sie bereits in jungen Jahren zu sehr beobachtet würden (C, F, J).

Aber eben das ist wirklich mit Vorsicht zu geniessen. Inwieweit gehe ich dann zu tief rein. Also schaut man dann zu gut oder wie sagt man... ja (...) Oder einfach, man will ja beim Kind auch nichts kaputt machen. Also es soll auch noch Kind sein dürfen. (F, 149)

Das Bewusstsein, dass die Behörden nach einer Fremdplatzierung der Kinder hohe **Auflagen** stellen, um die Kinder wieder zu sich zurück zu nehmen, verhindere laut drei Pro-

bandinnen, dass einer Heimplatzierung frühzeitig zugestimmt werde (L, N, M). Drei Probandinnen, welche bereits viele Hilfsangebote in Anspruch genommen hatten, berichteten, dass sie aufgrund ihrer Erfahrungen **Resignation und Ohnmacht** verspüren würden, und sie daher wenig Hoffnung in Hilfe von aussen setzen würden (I, M, N).

Und meistens ist es dann eben nicht unterstützend gekommen, sondern man hat dann noch Salz in die Wunden gestreut. (I, 60)

Zwei Probanden gaben an, **keine Hindernisse** in Bezug auf die Inanspruchnahme von Hilfe zu haben (B, K). Darüber hinaus genannte Hindernisse waren: Helfer nicht belasten zu wollen (H), mangelndes Vertrauen in nicht-medizinisches Fachpersonal (C) und dass der Veränderungsbedarf nur bei sich selbst und nicht im Familiensystem festgemacht wurde (A). Der Geschlechtervergleich zeigt, dass die befragten Frauen fast drei Mal mehr Hinderungsgründe nannten als die Männer (Anzahl Nennungen: Frauen 57 / Männer: 20).

3.2.8 Wünsche in Bezug auf die Inanspruchnahme von Hilfsangeboten.



Abbildung 10 Subkategorien zum Thema Wünsche in Bezug auf die Inanspruchnahme von Hilfsangeboten

Auf die Frage, welche Wünsche die Probandinnen und Probanden in Bezug auf die Inanspruchnahme von Hilfsangeboten hätten, erwähnten fast die Hälfte, dass sie sich eine **wertschätzende Haltung der Helfenden** wünschen würden. So besteht der Wunsch, ernst genommen (A, I, L, M, N) und gehört (A, I) zu werden.

Vielleicht auch einmal mich genauer anschauen... Was ist da los? (...) Ich denke, sicher ein bisschen mehr hinschauen. Dass es dort Hilfeleistungen hätte geben können. Und, obwohl ich manchmal gesagt habe "Ich kann nicht mehr, ich mag nicht mehr und was kann ich machen?" war das auf den Behörden immer sehr mühsam. (I, 18)

Einige Probandinnen berichteten, dass sie sich einen **erleichterten Zugang zu Hilfsangeboten** wünschen würden: So sei es wichtig, Betroffenen Mut zu machen, dass sie Hilfe in Anspruch nehmen dürften (F, I, J, M, N), zu helfen, bevor eine Situation eskaliere (I, M, N), Hilfsangebote finanziell niederschwelliger zu gestalten (I, M, N) und die Vernetzung aller Beteiligten zu fördern (I, N).

Ich meine, ich habe diese Familientherapie. Aber die zahlt jetzt z.B. der Staat. Einfach weil es vorab eine Gefährdungsmeldung geben musste. Und das ist... das finde ich persönlich traurig, dass es zuerst so weit kommen muss. Dass irgendwo ein Grund gefunden wird, woraus man eine Gefährdungsmeldung machen könnte. Dann ist es finanziert, dass sie Hilfe bekommen. Das ist etwas, das auch belastet. Weil es dann dort drin steht und Fragen aufwirft. (M, 94)

Von einigen Eltern wurde **praktische Hilfe bei der Kinderbetreuung** gewünscht: Hausaufgabenbegleitung des Kindes (J), Entlastung in der Kinderbetreuung, um sich selbst einmal eine Pause zu gönnen (F, N), Betreuung des Kindes während des Klinikaufenthalts zu Hause (D, J), Unterstützung bei der Thematisierung der Erkrankung mit dem Kind (H, J) und Hilfe bei der Alltagsgestaltung (F, N). Drei Probandinnen erwähnten, dass sie gerne **Austausch mit anderen Eltern** hätten (F, I, N). Zwei Probandinnen wünschten sich **mentale Unterstützung bei der Kinderbetreuung**, im Sinne einer Person, die etwas Freude und Elan in den Alltag bringt (F, J).

Und auch mit dem Kind, vielleicht ein wenig Elan und Freude reinbringen. So etwas ja. (F, 70)

Zwei Probandinnen betonten, dass sie froh wären, **Angebote für Hilfe zu Hause** zu erhalten (F, N). **Sonstige Wünsche**: Eine Probandin erwähnte, dass sie froh wäre, eine Ansprechperson zu haben, welche ihr bei den Rechnungen helfen und Briefe schreiben würde (I). Ein Proband meinte, es wäre aus finanziellen Gründen hilfreich, wenn ein Fahrdienst die Kinder für Besuche in die Klinik bringen könnte (C). Eine Probandin mit Angststörungen meinte, sie wäre froh, wenn sie einen Fahrdienst hätte, der sie zu Terminen bringen würde (N). Dieselbe Frau würde sich ein betreutes Wohnen für sich und ihre Kinder und ein ADHS-Coaching wünschen (N). Der Geschlechtervergleich zeigt, dass Frauen deutlich mehr Wünsche äusserten als die Männer (Anzahl Nennungen: Frauen: 37 / Männer: 4).

3.2.9 Thema Elternschaft in der Klinik.

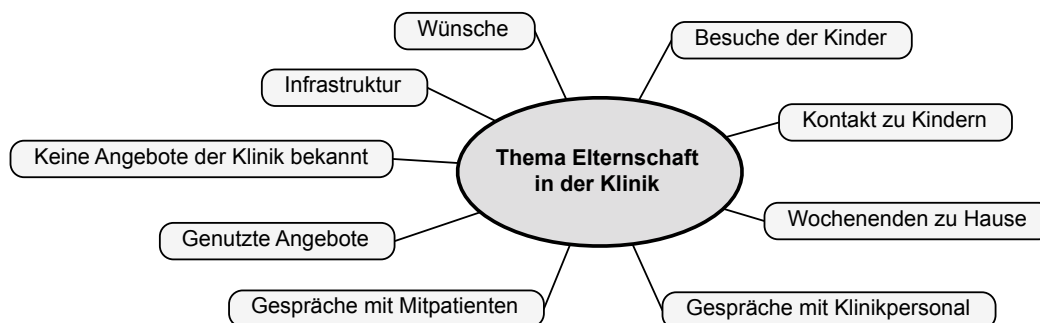


Abbildung 11 Subkategorien zum Thema Elternschaft in der Klinik

Sechs Probandinnen und Probanden erzählten von **Besuchen ihrer Kinder** in der Klinik (B, C, D, H, I, K).

Sie kennt, also die U3-Station, Entzugsstation. Sie kennt hier mein Zimmer. Also, sie kommt mich gerne besuchen. Das ist jetzt also nicht dieses Tabuthema: Der Alte ist im Krankenhaus oder weg oder... Nein, nein. Die kommt jetzt her, besucht mich. Und isst mit. Der schmeckt es hier total lecker. (C, 6)

Bei sechs Personen waren Besuche nicht möglich, da die Kinder entweder fremdplatziert waren, weil der Partner Besuchen nicht zustimmte oder da aus zeitlichen Gründen keine Möglichkeit bestand (A, J, K, L, M, N). Vier Personen erwähnten, dass sie Besuche der Kinder zu deren Schutz lieber nicht wollten (E, F, G, L).

Ja, ich habe das Gefühl... ich weiss auch nicht warum. Dass sie nicht miterleben müssen, wie schlecht es mir geht. (L, 140)

Die Hälfte der Befragten hatte per Telefon oder SMS regelmässigen **Kontakt mit den Kindern** (B, D, H, I, J, K, L). Drei Probandinnen vermieden sowohl Besuche wie auch Telefonate, da der Kontakt für die Kinder zu aufwühlend sei. Wochenenden zu Hause erlebten sechs Personen positiv (B, H, I, J, K, M). Drei Probanden erzählten, dass sie die Belastungswochenenden als überfordernd erlebten, weil sie nach der geschützten Atmosphäre in der Klinik plötzlich wieder mit dem Alltag zu Hause konfrontiert waren. Sie hätten sich diesbezüglich eine bessere Vorbereitung gewünscht. (A, F, N).

Also was ich auch so schwierig finde jetzt zum Beispiel sind diese Belastungswochenenden. Man ist die ganze Woche so eingehüllt und dann macht es einfach so "Zägg" und jetzt gehst du wieder in deine Familie und schaust selber... und das ist ganz ganz schwierig. (F, 157)

Auf die Frage, ob **Gespräche mit dem Klinikpersonal** betreffend der Kinder stattfinden würden, wurde unterschiedlich geantwortet: So meinten zehn Personen, dass die Elternschaft thematisiert worden sei (A, B, C, D, H, I, K, L, M, N), vier hingegen, dass keine

Gespräche über ihre Kinder geführt worden seien (E, F, G, J). Fünf Personen wünschten sich, dass vermehrt über die Elternschaft / die familiäre Situation gesprochen würde (C, F, H, J, L).

Ich denke, dass ist sehr ein wichtiger Teil von mir und insofern, ja, dürfte der auch Beachtung erhalten. (H, 156)

Zwei Probanden wollten explizit nicht, dass die Elternschaft in der Klinik Thema wäre, da sie dies als nicht nötig erachten würden (E, G). Sechs Personen berichteten von wertvollen **Gesprächen mit Mitpatienten**, in denen über die Elternschaft und mögliche Hilfsangebote gesprochen worden sei (B, E, H, K, M, N). Auf die Frage, ob **Angebote von der Klinik** gemacht und angenommen worden seien, berichteten vier Personen von einer Elterngruppe, welche zwei Tage nach den Interviews erstmals stattfinden und an der sie teilnehmen würden (D, L, M, N). Drei Probanden berichteten, dass sie mit einer Ansprechperson für Elternfragen aus der Klinik im Kontakt seien (B, I, M).

Weiteren drei Personen wurden durch die Klinik externe Hilfsangebote vermittelt (A, B, N).

Es sind auch Angebote gekommen, während ich hier war, vor allem äh, Angebote, äh, so für eine Egetherapie. (A, 72)

Fünf Personen gaben an, dass ihnen keine Angebote der Klinik bekannt seien, die sich spezifisch an Eltern richten (C, D, F, I, K). Nur drei Personen berichteten von in der Klinik vorhandener **Infrastruktur** für Kinder in Form einer Spielkiste oder eines Aktivierungszimmers, in welchem mit dem Kind gespielt werden konnte (D, F, H). Dieselben Personen wünschten sich zusätzlich eine kindergerechtere Umgebung für Besuche der Kinder (D, F, H).

Ja vielleicht noch ein Zimmer mit Spielzeugen. Wirklich ein Zimmer, wo die Kinder kommen können und dort spielen und die Eltern können sitzen oder auch mitspielen. (D, 150)

Drei Probanden sagten, dass sie in der Klinik explizit keine Infrastruktur für ihre Kinder haben möchten (C, E, G). Dies sei nicht nötig, da es um die Probleme der Eltern gehen würde und gewisse Ernsthaftigkeit auch für die Kinder spürbar sein darf.

Keine Kinder-Infrastruktur. Das ist nicht nötig. Gehört eigentlich auch nicht hierher. Also eben... wenn meine Tochter jetzt hierher kommt und sie würde ein Spielzimmer vorfinden... also das hat dann diesen Spasscharakter... es ist kein Spielplatz hier. Das hat ja schon eine gewisse Ernsthaftigkeit. Nö, fände ich absolut übertrieben... hier eine Kinderinfrastruktur einzurichten. (C, 103)

Es wurden verschiedene **Wünsche** an die Kliniken geäußert: Drei Personen wünschten sich eine Ansprechperson für Elternfragen (C, F, H). Eine Probandin meinte, es wäre hilfreich, wenn die Klinik auf die Patientinnen und Patienten zugehen und die ganze Familie einbeziehen würde (I). Zwei Personen wünschten sich, dass Gespräche mit den Kindern stattfinden würden, in welchen die elterliche Erkrankung mit ihnen thematisiert werden würde (J, H). Vier weibliche Probandinnen fänden eine Elterngruppe nützlich (F, J, M, N). Vier Personen vermissten, dass vorhandene Angebote zu wenig kommuniziert wurden und sähen hier ein Verbesserungspotential (C, F, H, I). Drei männliche Probanden hatten bezüglich ihrer Elternschaft keine Wünsche an die Klinik (B, E, K).

4. Diskussion

Im Folgenden werden die Ergebnisse der vorliegenden Studie mit den Resultaten aus der bisherigen Forschung (siehe Kapitel 1.4) und aus der quantitativen Studie (siehe Kapitel 1.5) verglichen und interpretiert. Dabei wird erneut auf die Fragestellung Bezug genommen. Das Fazit beinhaltet die wichtigsten Schlussfolgerungen. Die kritische Auseinandersetzung mit dem methodischen Vorgehen und ein Ausblick auf weiterführende Forschungsfelder schliessen den empirischen Teil dieser Arbeit ab.

4.1 Vergleich und Interpretation der Ergebnisse / Beantwortung der Fragestellung

Die Resultate der vorliegenden Studie decken sich in Bezug auf die Frage nach Hindernissen und Wünschen bei der Inanspruchnahme von Hilfsangeboten grösstenteils mit den Ergebnissen der im Kapitel 1.5 dargestellten quantitativen Studie der KJPK Basel und der KJP Basel-Landschaft (KJPK Forschungsabteilung, 2013).

4.1.1 Hindernisse in Bezug auf die Inanspruchnahme von Hilfsangeboten. Die in den Interviews erwähnten Hinderungsgründe bei der Inanspruchnahme von Hilfsangeboten decken sich mit den Erkenntnissen aus der quantitativen Untersuchung und bisherigen Studien. Es sind dies: Unkenntnis über Hilfsangebote, fehlende finanzielle Mittel, Angst vor Stigmatisierung, Angst vor Kindeswegnahme und die Angst vor dem Verlust des Sorgerechts.

In den Interviews wurde deutlich, dass einige der befragten Eltern eine Vielzahl von psychosozialen Belastungen aufwiesen (z.B. Trennung vom Partner, hohe Belastung am Arbeitsplatz, soziale Isolation, finanzielle Engpässe etc.). So berichteten sie, dass die dadurch entstehende fehlende finanzielle, zeitliche oder kräftemässige Kapazität sie daran hindere, Hilfsangebote aufzusuchen.

Die Auswertung der Interviews zeigte, dass sich die erwähnten Hinderungsgründe je nach individueller Lebenssituation unterschieden: Personen, welche noch keinen oder nur wenig Kontakt zu Helfersystemen hatten, berichteten von Angst vor Stigmatisierung, Angst vor negativen Konsequenzen und Scham- und Schuldgefühlen. Im Gegensatz dazu erzählten Personen, welche bereits mit diversen Hilfestellen und Behörden in Kontakt waren, von erlebter Stigmatisierung, Bevormundung, schlechter Vernetzung und unbe-

friedigender Zusammenarbeit der Helfersysteme. Aufgrund dieser Erfahrungen wurden Gefühle wie Ohnmacht und Resignation als Hinderungsgründe erwähnt.

Der Aussage, dass die befragten Eltern über wenige Kenntnisse bezüglich Hilfsangeboten verfügen, steht gegenüber, dass viele über erlebte Unterstützung für sich und für ihre Kinder berichteten. Es wird vermutet, dass dies in den Interviews unter anderem an der unklaren Definition von *Hilfe* und *Hilfsangebote für psychisch kranke Eltern* lag. Allerdings erwähnt auch die quantitative Studie, dass die Eltern angeben, zu wenige Kenntnisse über vorhandene Angebote zu haben. So zeigt sich bezüglich präventiven Hilfsangeboten wie Bereitschaftspflege, psychiatrische Spitex, sozialpädagogische Familienbegleitung, etc. in beiden Studien, dass diese nur sehr wenigen Personen bekannt sind. Nur diejenigen Personen, welche bereits mit Behörden in Kontakt standen, kannten diese niederschweligen und präventiv wirkenden Angebote. Sowohl die Vermittlung wie auch die Finanzierung wurden jeweils von Behörden organisiert. Daraus lässt sich schliessen, dass Personen, welche zu Beginn einer Krise Unterstützung bräuchten, den Zugang zu präventiven Angeboten nicht oder nur selten finden, da sie über deren Vorhandensein nicht Bescheid wissen.

Mehrere der befragten Patientinnen und Patienten erwähnten, dass sie selber einen Beitrag leisten müssten, damit Hilfe gelingt. So sind sie sich bewusst, dass sie fähig sein müssen, den eigenen Hilfsbedarf zu äussern und Hilfe anzunehmen. Weiter erwähnen sie, dass sie für sich geeignete Hilfsangebote und passende Helferinnen und Helfer auswählen müssten. Als weiterer Faktor wird von den Eltern hervorgehoben, dass Hilfe erst nachhaltig wirken kann, wenn alle Familienmitglieder miteinbezogen werden und diese ebenfalls bereit sind, Hilfe anzunehmen. Die Interviews zeigen, dass es auch Personen gibt, welche bei der Inanspruchnahme von Hilfsangeboten keine Hinderungsgründe sehen.

4.1.2 Wünsche bezüglich der Inanspruchnahme von Hilfsangeboten. Die vorliegende qualitative Untersuchung zeigt, dass die befragten psychisch kranken Eltern einen Hilfebedarf aufweisen und gegenüber Hilfsangeboten grundsätzlich sehr offen sind. Die genannten Bedürfnisse decken sich mit denjenigen, welche in der quantitativen Studie erwähnt wurden: Einerseits werden praktische Hilfen wie z.B. Kinderbetreuung oder Hausaufgabenbegleitung gewünscht. Andererseits kommt zum Ausdruck, dass es auf

die wertschätzende Haltung von Helfenden ankommt, ob Hilfe angenommen oder abgelehnt wird. Es besteht der Wunsch, gehört und ernst genommen zu werden.

Freiwillige Hilfsangebote werden sowohl in der qualitativen wie auch in der quantitativen Studie positiver bewertet und häufiger gewünscht als mit Zwang verordnete Massnahmen. Präventive Angebote werden zwar gewünscht, aber nur selten genutzt. Gemäss den Aussagen der Probandinnen und Probanden hat dies wie oben erwähnt mit Informationsdefiziten über vorhandene Angebote, fehlenden eigenen finanziellen Mitteln, Stigmatisierung und mangelhafter Vernetzung der Helfersysteme zu tun. Ein niederschwelligerer Zugang zu vorhandenen Angeboten wurde von mehreren Betroffenen gewünscht.

Die befragten Eltern äusserten sowohl in der qualitativen wie auch in der quantitativen Studie, dass sie sich Informationen über Hilfsangebote von denjenigen Stellen wünschten, mit welchen sie bereits in Kontakt sind (z. B. Psychiaterinnen / Psychiater oder Psychotherapeutinnen / Psychotherapeuten). Aktuell zeigen allerdings sowohl die qualitative wie auch die quantitative Erhebung, dass diese Fachpersonen mit den Eltern wenig über die Belastung durch die Elternschaft sprechen, resp. selten Hilfsangebote vermitteln. Die Ergebnisse stützen die These von Kölch & Schmid (2008), wonach die Unterstützung von Fachpersonen aus dem Bereich der Erwachsenenpsychiatrie/ – psychologie stark personenabhängig und wenig institutionalisiert ist.

Die befragten Mütter und Väter bestätigten, was bereits Maybery und Reupert (2007) erwähnten: Sie wünschen sich Angebote, welche für die ganze Familie konzipiert sind, da alle Familienmitglieder von den Folgen der psychischen Erkrankung betroffen seien. So berichtete eine Probandin eindrücklich, dass sie trotz vieler Hilfsangebote von aussen immer wieder zusammengebrochen und in die Klinik eingewiesen worden sei. Die von der Behörde installierten Hilfen für die Kinder hätten sie eher belastet als entlastet. Und die Gespräche mit dem eigenen Psychiater seien für den Alltag mit den Kindern nicht hilfreich gewesen. Mehrere Personen erwähnten zudem, dass der andere Elternteil von Helfersystemen nicht miteinbezogen worden sei und ihre oder seine Verantwortung nicht habe tragen müssen. Dies erlebten die Befragten als nicht zielführend und belastend.

Die in der qualitativen Studie stationär behandelten Patientinnen und Patienten berichteten, dass seitens der Klinik wenig spezifische Hilfen für Eltern angeboten oder ver-

mittelt wurden. Die erwähnten Angebote (Elterngruppe für psychisch kranke Menschen, eine Spielkiste für Besucher, Ansprechperson in Kinderfragen) wurden von den Befragten grösstenteils begrüsst. Verschiedene Aussagen deuten darauf hin, dass bereits das Wissen über vorhandene Hilfsangebote entlastend wäre. Ähnlich wie in der Studie von Sommer, Zoller und Felder (2001) erwähnten die befragten Eltern folgende Wünsche an die Klinik: Gespräche mit einer Psychiaterin oder einem Psychiater / einer Psychotherapeutin oder einem Psychotherapeuten bezüglich der Belastung durch die Elternschaft, Austausch mit anderen Eltern, eine kindergerechte Umgebung für Besuche der Kinder und Hilfe bei der Thematisierung der Erkrankung. Es gab jedoch auch Eltern, welche weder Gespräche noch Vermittlungsangebote seitens der Klinik für sich oder für ihre Kinder wünschten. Sie meinten, für sie stehe die eigene Genesung im Vordergrund der Behandlung.

4.2 Fazit

Psychisch kranke Eltern sind durch ihre psychische Erkrankung, deren psychosoziale Folgen und die Elternschaft mehrfach belastet. Die vorliegende Untersuchung zeigt, dass bei den befragten Eltern ein Hilfsbedarf besteht und diese sowohl Hindernisse wie auch Wünsche bezüglich der Inanspruchnahme von Hilfe benennen können. Entscheidend scheint zu sein, welche Haltung Helfende gegenüber psychisch Kranken einnehmen, wenn es darum geht, ob Hilfe angenommen oder abgelehnt wird. Werden die Eltern ernst genommen und in ihren Problemlagen verstanden, besteht eine grosse Offenheit gegenüber Hilfsangeboten.

Aus der vorliegenden Arbeit geht hervor, dass es für die Eltern schwierig ist, sich über vorhandene Hilfsangebote zu informieren. Dies liegt einerseits daran, dass es – wie die Recherche der Verfasserinnen zeigte – auch für Fachleute schwierig ist, sich einen Überblick über vorhandene Angebote zu verschaffen. Andererseits verhindern Ängste vor möglichen Konsequenzen eine aktive Informationsbeschaffung der Eltern. Es ist folglich notwendig, dass Hilfsangebote für psychisch kranke Eltern ihre Angebote in der Öffentlichkeit aktiver kommunizieren und somit die vorhandenen Informationsdefizite reduzieren. Dies gilt insbesondere für präventiv wirkende niederschwellige Angebote. Dabei wesentlich ist, dass die Finanzierung solcher Angebote für die Betroffenen keine Belastung darstellt und folglich im Vornherein geklärt sein müsste.

Die Aussagen der psychisch kranken Eltern lassen darauf schliessen, dass die verschiedenen Hilfsangebote wenig vernetzt sind und der Informationsfluss mangelhaft ist. Im Bereich der Erwachsenenpsychiatrie scheint das Bewusstsein für die Problematik psychisch kranker Eltern in den letzten Jahren gestiegen zu sein. Wie die Ergebnisse der Studie zeigen, hängt es allerdings vom Engagement einzelner Fachkräfte ab, ob und wie differenziert mit den Müttern und Vätern über die Belastung durch die Elternschaft gesprochen wird. Es scheint bei vielen Fachpersonen an Kenntnissen über vorhandene Hilfsangebote, einer Vernetzung mit dem Versorgungssystem der Kinder und einer Institutionalisierung von Gesprächen über die Belastung mit den Eltern zu fehlen. Dabei wären Personen aus den Bereichen Psychiatrie und Psychotherapie geeignete Ansprechpersonen, um die Mütter und Väter in den durch die Elternschaft entstehenden Belastungen zu unterstützen.

Die Zusammenarbeit mit Behörden wird von den untersuchten Probandinnen und Probanden mehrheitlich negativ beschrieben. Die Rede ist von einer Überforderung der Fachkräfte, häufigen Umstrukturierungen und bevormundendem Verhalten gegenüber den Eltern. Einzelpersonen werden zum Teil als engagiert beschrieben. Dies lässt darauf schliessen, dass der Wille zu helfen da ist. Aus den Interviews geht hervor, dass die Ängste der Eltern, von staatlicher Seite Stigmatisierung und Bevormundung zu erleben, nicht unbegründet sind und nicht nur auf altbekannten Vorurteilen gegenüber staatlichen Hilfen beruhen. Dies hängt aber vermutlich damit zusammen, dass Fachkräfte von Behörden ein Doppelmandat innehaben und neben der Vermittlung von Hilfsangeboten dafür verantwortlich sind, dass Kinderschutzmassnahmen vollzogen werden. Notwendig scheint auch hier, die Fachkräfte vertiefter für die Problematik zu sensibilisieren, ihnen darüber hinaus aber auch zu Know-how im Umgang mit psychisch kranken Eltern zu verhelfen.

Da die ganze Familie von der psychischen Erkrankung eines Elternteils und deren Folgen betroffen ist, muss Hilfe bei allen Familienmitgliedern ansetzen. Vorhandene Hilfestellen müssen also ihren Blick vermehrt auf die ganze Familie richten.

Bezüglich der Inanspruchnahme von Hilfsangeboten zeigt die vorliegende Bachelorarbeit, dass Frauen mehr Hilfe in Anspruch nehmen und mehr Wünsche äussern als Männer. Sie erwähnen mehr Hindernisse für die Inanspruchnahme und nennen öfter emo-

tionale Hinderungsgründe wie Scham- oder Schuldgefühle. Ein Erklärungsansatz dafür könnte sein, dass Frauen öfter die primäre Bezugsperson des Kindes sind und daher durch die Doppelbelastung beeinträchtigt sind als Männer. Diese These müsste weiter untersucht werden.

4.3 Methodenkritik und Ausblick

Für die vorliegende Bachelorarbeit wurde eine Kombination von quantitativen und qualitativen Erhebungsmethoden im Sinne einer Triangulation gemäss Flick (2008) gewählt. So wurden die – zum Zeitpunkt der Auswertung noch unvollständigen – Daten der quantitativen Untersuchung der KJPK Basel-Stadt und der KJP Basel-Land zum Themenbereich *Inanspruchnahme von Hilfsangeboten* durch Interviews ergänzt. Es gelang damit, neben verallgemeinernden Aussagen auch das subjektive Erleben und das reaktive Verhalten von Eltern mit einer psychischen Erkrankung zu erfassen (Schröder und Gahleitner, 2012).

Die Stichprobe kann in Bezug auf das Geschlecht, die familiäre Situation wie auch bezüglich der Diagnose und Krankheitsdauer /-verlauf als ausgewogen und vielfältig beschrieben werden. Es sollte aber erwähnt werden, dass anlässlich dieser Studie nur stationär behandelte Patienten befragt wurden. Die Stichprobe für die quantitative Untersuchung besteht hingegen aus Personen in ambulanter und stationärer Behandlung. Es kann jedoch davon ausgegangen werden, dass ein Vergleich der Ergebnisse valide Aussagen liefert, weil sich alle Themen – ausser den Fragen zur Situation in der Klinik – um generelle Einstellungen, Ängsten, Hindernissen und Wünsche drehten, welche sich insbesondere auf die Zeit vor dem stationären Aufenthalt bezogen und auch oftmals auf Erfahrungen und Erlebnissen von der Zeit vor dem Klinikaufenthalt basierten. Weiter sollte beachtet werden, dass psychisch erkrankte Eltern, die sich nicht in psychiatrischer Behandlung befinden und entsprechend schwer zu erreichen sind, in keiner der beiden Stichproben enthalten sind.

Als Erhebungsinstrument diente ein halbstrukturierter problemzentrierter Leitfaden nach Witzel (1982, 1985). Dieser wurde nach Durchsicht und Auswertung des quantitativen Datenmaterials erstellt und hatte zum Ziel, insbesondere die komplexeren und tiefer liegenden Schwierigkeiten, Ängste, Bedürfnisse und Wünsche von psychisch kranken Eltern in Bezug auf die Inanspruchnahme von Hilfsangeboten zu erfragen. Durch die

zum Teil recht offene Frageform des halbstandardisierten Interviews konnten auch narrative Erzählelemente einfließen. Zudem wurde das Interview so gestaltet, dass neben Sondierungs- und Leitfadenfragen auch Ad-hoc-Fragen gestellt wurden. Dies, sowie die Durchführung der Interviews durch zwei Interviewerinnen erschwerte jedoch die Standardisierung und Einheitlichkeit. Bei der Auswertung wurde deshalb darauf geachtet, dass die Codierung im Sinne des konsensuellen Codierens nach Schmidt (2013) von beiden Verfasserinnen vorgenommen wurde.

Es wurde nachträglich ersichtlich, dass einige Fragen des Interviewleitfadens hätten optimiert werden könnten. Die Begriffe *Hilfe* und *Hilfsangebote* führten teilweise zu Missverständnissen. *Hilfe für die Eltern* und *Hilfe für die Kinder* wurde bereits im Leitfaden und später auch im Gespräch nicht immer deutlich unterschieden. Dies hat teilweise bei den Eltern, aber auch bei den Verfasserinnen zu Unklarheiten und Missverständnissen geführt. Auch bei der Auswertung ist es nicht vollständig gelungen, die Aussagen der Eltern jeweils nur einem der beiden Bereiche zuzuordnen. Durch diese Schwäche im methodischen Vorgehen wurde aber auch deutlich, was aus der bisherigen Forschung schon hervorgegangen ist. Nämlich dass sich jede Art von Hilfe immer auf das ganze Familiensystem auswirkt und dies auch von den helfenden Personen oder Institutionen entsprechend berücksichtigt werden müsste. Eine klare Trennung von Hilfsangeboten entweder nur für die Kinder oder nur für die Eltern scheint daher weder in der Praxis noch in der Forschung zielführend zu sein. In diesem Zusammenhang wäre es für weiterführende Studien lohnend, die Möglichkeiten der Vernetzung und Zusammenarbeit von Helfersystemen genauer zu untersuchen. Hier scheint eine Möglichkeit zu bestehen, die Erreichbarkeit der betroffenen Familien zu erhöhen und Hilfe effektiver zu gestalten. Neben der in dieser Arbeit untersuchten Sicht der Eltern müssten also auch die Sichtweisen der verschiedenen Helfersysteme erforscht werden.

Ähnliche Probleme bezüglich der Abgrenzung ergaben sich auch bei weiteren Themenbereichen. Auch da konnte bei der Auswertung eine analytische Trennung des Kategoriensystems nicht immer beibehalten werden. Die einzelnen Themen erwiesen sich als hochgradig miteinander verwoben. So besteht beispielsweise zwischen Erfahrungen mit Hilfsangeboten und den Einstellungen gegenüber der Inanspruchnahme von Hilfen eine direkte Wechselwirkung. Diese mehrfach vorkommenden Überschneidungen zeigen erneut auf, dass es sich um ein komplexes Thema handelt, das in seiner Gesamtheit zu

erfassen schwierig ist. Spannend wäre es, in einem weiteren Schritt diese Zusammenhänge durch die Analyse von Einzelfällen noch genauer zu untersuchen.

Um die bestehenden Informationsdefizite zu reduzieren, würde es sich anbieten, einen Überblick über vorhandene Hilfsangebote in Form einer Broschüre zusammenzustellen. Würde diese mittels Auflegen in Arztpraxen, Kliniken und Schulen oder über soziale Netzwerke verbreitet, könnte eine grosse Öffentlichkeit angesprochen werden.

Um den befragten Eltern einen Einstieg ins Gespräch und eine Heranführung an die Hauptfragen betreffend Hilfsangebote zu ermöglichen, wurden im Interview auch Themen angesprochen, die sich nicht direkt auf die Fragestellung dieser Arbeit bezogen. Dazu gehören die Belastungen durch die Elternschaft, die Auswirkung der Erkrankung auf die Kinder und die Kommunikation inner- und ausserhalb der Familie. Diese Daten ermöglichten, die Haltungen und Einstellungen der Befragten in einen grösseren Kontext einzubetten. Aus Kapazitätsgründen wurden diese Daten jedoch nicht direkt in die Auswertung einbezogen. Da diese Themenbereiche helfen würden, Einzelfälle genauer zu untersuchen und darzustellen, sowie allfällige Typisierungen vorzunehmen, wurden pro Probandin und Proband jeweils ein Dokument zusammengestellt, welches soziodemographische Angaben, ein Postskriptum in Anlehnung an Witzel (2000) und eine Fallzusammenfassung gemäss Kuckartz (2012) enthält (siehe Anhang D). Aufgrund dieser Dokumente konnten in der Auswertung bereits einige Unterscheidungen vorgenommen werden: Dies einerseits zwischen Männern und Frauen sowie zwischen Personen, die jahrelange Erfahrungen mit Hilfesystemen haben und solchen, die erst kurzzeitig oder auch nur phasenweise von einer psychischen Erkrankung betroffen sind. Es zeigte sich, dass sich die befragten Probandinnen und Probanden bezüglich ihrer Situation, ihren Bedürfnissen und Wünschen teilweise stark unterschieden und sich gewisse Muster (Typisierungen) abzeichneten. Diese in einem weiteren Schritt genauer zu untersuchen, würde möglicherweise weiteren Aufschluss darüber geben, wie Hilfen den Bedürfnissen von Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil besser angepasst werden könnten.

5. Literatur

- Cassée, K., Los-Schneider, B., Baumeister, B. & Gavez, S. (2008). Kinder psychisch kranker Eltern: Interprofessionelle Kooperation und Unterstützungsbedarf. *Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Soziale Arbeit, Forschung*.
- Daser, E. (2013). *Die vergessene Zielgruppe - Kinder psychisch kranker Eltern*. Hamburg: Diplomatica Verlag GmbH.
- Deneke, Ch. (2005). Besser früh betreuen als später behandeln. Erfahrungen einer Kinder- und Jugendpsychiaterin. In F. Mattejat & B. Lisofsky (Hrsg.), *...nicht von schlechten Eltern – Kinder psychisch Kranker* (S. 87-91). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Flick, U. (2008). *Triangulation. Eine Einführung*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Flick, U. (2010). *Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung*. Reinbeck bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Franz, M., Kettemann, B., Jager, K., Hanewald, B. & Gallhofer, B. (2012). What do psychiatrists know about the children of their patients? *Psychiatrische Praxis*, 39(5), 211-216.
- Glaser, B.G. & Strauss, A.L. (1967/ 1998). *Grounded Theory. Strategies for qualitative research*. Chicago: Aldine. (dt.: *Grounded Theory, Strategien qualitativer Forschung*. Bern: Huber 1998).
- Griepenstroh, J., Heitmann, D. & Hermeling, S. (2012). Kinder psychisch kranker Eltern: Lebenssituation und Entwicklungsrisiken. In U. Bauer, A. Reinisch & M. Schmuhl (Hrsg.), *Prävention für Familien mit psychisch erkrankten Eltern .Bedarf, Koordination, Praxiserfahrungen* (S. 23-46). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

- Gurny, R., Cassée, K., Gavez, S., Los, B. & Albermann, K. (2007). Kinder psychisch kranker Eltern: Winterthurer Studie. Wissenschaftlicher Bericht. *Fachhochschule Zürich, Hochschule für Soziale Arbeit*.
- Heitmann, D. & Schmuhl, M. (2013). Herausforderungen in Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil am Beispiel der Krankheitskommunikation. Ergebnisse aus dem Projekt "Kanu - Gemeinsam weiterkommen" nach der Methode der Grounded Theory. In S. Wiegand-Grefe & S. Wagenblass (Hrsg.), *Qualitative Forschungen in Familien mit psychisch erkrankten Eltern* (S. 151-177). Weinheim: Beltz Juventa.
- Howard, L. M. & Underdown, H. (2011). Hilfsbedarf von Eltern mit psychischen Erkrankungen - eine Literaturübersicht. *Psychiatrische Praxis*, 38(1), 8-15.
- KJPK Forschungsabteilung. (2013). *Psychische Belastung von Kindern, elterlicher Stress und Bindungsprobleme von Kindern, deren Eltern unter einer psychischen Erkrankung leiden* [Excel-Tabelle]. Unveröffentlichte Daten. Basel: Universitäre Psychiatrische Kliniken.
- Kölch, M. (2009) Versorgung von Kindern aus Sicht ihrer psychisch kranken Eltern. Expertise im Rahmen des 13. Kinder- und Jugendberichts der Bundesregierung. Hrsg. Sachverständigenkommission des 13. Kinder- und Jugendberichts.
- Kölch, M. & Schmid, M. (2008). Elterliche Belastung und Einstellungen zur Jugendhilfe bei psychisch kranken Eltern: Auswirkungen auf die Inanspruchnahme von Hilfen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 57(10), 774-788.
- Kölch, M., Schielke, A., Fegert, J. M., Becker, T. & Schmid, M. (2008). Kinder psychisch Kranker Eltern. *Nervenheilkunde*, 27, 527-532.
- Kuckartz, U. (2012). *Qualitative Inhaltsanalyse, Methoden, Praxis, Computerunterstützung*. Weinheim und Basel: Beltz Juventa.
- Lenz, A. (2010). *Ressourcen fördern. Materialien für die Arbeit mit Kindern und ihren psychisch kranken Eltern*. Göttingen: Hogrefe.
- Lenz, A. (2012). *Psychisch kranke Eltern und ihre Kinder*. Köln: Psychiatrie Verlag.

- Mattejat, F. (2005). Kinder mit psychisch kranken Eltern. Was wir wissen, und was zu tun ist. In F. Mattejat & B. Lisofsky (Hrsg.), *...nicht von schlechten Eltern – Kinder psychisch Kranker* (S. 66-78). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Mayring, P. (2002). *Einführung in die qualitative Sozialforschung: eine Anleitung zu qualitativem Denken*. Weinheim: Beltz.
- Mayring, P. (2010). *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken*. Weinheim: Beltz.
- Meltzer, H., Gatward, R., Goodman, R. & Ford, T. (2003). Mental health of children and adolescents in Great Britain. *International Review of Psychiatry*, 15(1-2), 185-187.
- Nicholson, J., Sweeney, E. M. & Geller, J. L. (1998). Mothers with mental illness II. Family relationships and the context of parenting. *Psychiatric Services*, 49(5), 643-649.
- Oswald, H. (2003). Was heisst qualitativ forschen? In B. Friebertshäuser & A. Prengel (Hrsg.), *Handbuch Qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft* (S.71-85). Weinheim: Juventa.
- Remschmidt, H. & Mattejat, F. (1994). *Kinder psychotischer Eltern. Mit einer Anleitung zur Beratung von Eltern mit einer psychotischen Erkrankung*. Göttingen: Hogrefe.
- Reupert, A. & Maybery, D. (2007). Families affected by parental mental illness: A multi-perspective account of issues and interventions. *American Journal of Orthopsychiatry*, 77(3), 362-369.
- Roth, B., Bailey, B. & Schmid, M. (2012). Kinder psychisch kranker Eltern und ihre Versorgungssituation in der Schweiz. *Psychologie und Erziehung*, 38(1), 9-16.
- Schmid, M., Grieb, J. & Kölch, M. (2011). Die psychosoziale Versorgung von Kindern stationär behandelter psychiatrischer Patienten. Realität und Wünsche. In S. Wiegand-Grefe, F. Mattejat & A. Lenz (Hrsg.), *Kinder mit psychisch kranken Eltern. Klinik und Forschung* (S.180-205). Göttingen: Vandenhöck & Ruprecht.

- Schmid, M., Schielke, A., Becker, T., Fegert, J. M. & Kölch, M. (2008). Versorgungssituation von Kindern während einer stationären psychiatrischen Behandlung ihrer Eltern. *Nervenheilkunde*, 27, 533-539.
- Schmidt, C. (2013). Auswertungstechniken für Leitfadeninterviews. In B. Friebertshäuser, A. Langer & A. Prengel (Hrsg.), *Handbuch Qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft* (S.473-486). Weinheim und Basel: Beltz/Juventa.
- Schone, R. & Wagenblass, S. (2005). *Kinder psychisch Kranker Eltern zwischen Jugendhilfe und Erwachsenenpsychiatrie*. Weinheim: Juventa.
- Schröder, M. & Gahleitner, S. (2012). Forschung an der Schnittstelle von Psychiatrie und Sozialer Arbeit. In M. Schmid, M. Tetzner, K. Rensch & S. Schlüter-Müller (Hrsg.), *Handbuch psychiatriebezogene Sozialpädagogik* (S. 128-141). Göttingen: Vanderhock & Ruprecht.
- Sollberger, D. (2000). *Psychotische Eltern - verletzte Kinder. Identität und Biografie von Kindern psychisch kranker Eltern*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Sollberger, D. (2013). Andersartigkeit und Liminalität. Zur biographischen Identität von Nachkommen psychisch kranker Eltern. In S. Wiegand-Grefe & S. Wagenblass (Hrsg.), *Qualitative Forschungen in Familien mit psychisch erkrankten Eltern* (S. 214-242). Weinheim: Beltz Juventa.
- Sommer, R., Zoller, P. & Felder, W. (2001a). Elternschaft und psychiatrische Hospitalisation. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 50(7), 498-512.
- Sommer, R., Zoller, P. & Felder, W. (2001b). *Gefährdete Kinder im Vorschul- und Schulalter. Vorstudie und Literaturanalyse*. Bern: BAG Eigenverlag.
- Vostanis, P., Graves, A., Meltzer, H., Goodman, R., Jenkins, R. & Brugha, T. (2006). Relationship between parental psychopathology, parenting strategies and child mental health: Findings from the GB national study. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 41(7), 509-514.

Wille, N., Bettge, S. & Ravens-Sieberer, U. (2008). Risk and protective factors for children's and adolescents' mental health: Results of the BELLA study. *European child and adolescents psychiatry*, 17 (1), 133-147.

Witzel, A. (2000). Das problemzentrierte Interview [Online-Zeitschrift: Forum Qualitative Sozialforschung]. Zugriff am 27.02.2014. Verfügbar unter <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1132/2519#g4>

6. Anhang

Anhang A	Quantitative Studie der KJPK Basel und KJP Basel-Landschaft.....	A - 1
Anhang B	Informationsblatt und Einverständniserklärung.....	B - 1
Anhang C	Interviewleitfaden	C - 1
Anhang D	Probandenblätter	D - 1
Anhang E	Kodierleitfaden.....	E - 1

Abbildungsverzeichnis Anhang

Abbildung A 1	Art der psychischen Störungen der befragten Eltern.....	3
Abbildung A 2	Kommunikation mit Fachpersonen	3
Abbildung A 3	Ansprechpersonen für Sorgen bezüglich der Familie und Zufriedenheit mit erhaltener Unterstützung	4
Abbildung A 4	Vorhandene Hilfsangebote: Bekanntheitsgrad, Inanspruchnahme und Zufriedenheit	5
Abbildung A 5	Hindernisse bei der Inanspruchnahme von Hilfe	7

Anhang A: Quantitative Studie der KJPK Basel und KJP Basel-Landschaft

Titel der Studie: Psychische Belastung von Kindern, elterlicher Stress und Bindungsprobleme von Kindern, deren Eltern in psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlung sind

Forscherteam: Kinder- und Jugendpsychiatrische Klinik (KJPK) Basel
Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP) Basel-Landschaft

Der vorliegende Bericht beinhaltet Teilergebnisse einer von der KJPK Basel und der KJP Basel-Landschaft durchgeführten quantitativen Studie. Diese über zwei Jahre laufende grossangelegte Untersuchung diente als Grundlage und steht in Ergänzung zur vorliegenden Bachelorarbeit. Es handelt sich im Folgenden um noch nicht veröffentlichte Daten (KJPK Forschungsabteilung, 2013), welche den Verfasserinnen im November 2013, also vor Beendigung der Studie, von der Forschungsabteilung der KJPK zugänglich gemacht und von den Autorinnen ausgewertet wurden. Die Auswertung der abgeschlossenen Studie und des vollständigen Datensatzes ist ab Juni 2014 bei der Forschungsabteilung der KJPK Basel einsehbar.

A.1 Ausgangslage, Ziel und Studiendesign

Die KJPK Basel und die KJP Basel-Landschaft führten während zweier Jahre bis im Frühjahr 2014 unter der Leitung von Alain di Gallo, Binia Roth und Marc Schmid eine epidemiologische Untersuchung durch zum Thema Psychische Belastung von Kindern, elterlicher Stress und Bindungsprobleme von Kindern, deren Eltern in *psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlung sind*. In Anlehnung an vorangegangene Studien über die Versorgungssituation von Familien mit nur einem Elternteil in stationären Einrichtungen aus dem Süddeutschen Raum (Schmid, Grieb & Kölch, 2011), erhob die Studie mittels quantitativer Fragebögen die Versorgungssituation von psychisch kranken Eltern und ihren Kindern im Raum Basel. Darüber hinaus wurde verglichen, ob bezüglich der Inanspruchnahme von Hilfsangeboten, der Bindungsqualität und der psychischen Belastung ein Unterschied zwischen ambulant oder stationär behandelten Patientinnen und Patienten besteht. Hauptanliegen der Untersuchung war es, herauszufinden, inwiefern psychisch kranke Eltern im Raum Basel Hilfsangebote in Anspruch nehmen

und wie viele Kinder der befragten Elternteile bereits psychische Belastungen aufweisen. Ziel war es, den Zusammenhang zwischen der psychischen Belastung von Kindern, dem Stress der Eltern und der Eltern-Kind-Bindung zu erfassen. Befragt wurden Elternteile mit Kindern unter 18 Jahren in Basel-Stadt und Baselland, die zum Zeitpunkt der Untersuchung in ambulanter oder stationärer psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlung waren. Als Forschungsinstrumente wurden der CBCL (Child Behavior Checklist), RPQ (Relationship Problems Questionnaire), ISEL (Interpersonal Support Evaluation List), BSI (Brief Symptom Inventory), PSS (Parental Stress Scale) und ein selbstentwickelter Fragebogen verwendet. Letzterer enthält Fragen zu soziodemographischen Angaben und zur Lebenssituation der Familie, zu Kenntnis, Nutzung und Zufriedenheit in Bezug auf Unterstützungsangebote, ob und inwiefern die Eltern psychisch belastet sind, ob das Kind/die Kinder über die psychische Erkrankung der Eltern informiert ist/sind, Fragen nach allfälligen stationären Aufenthalten, inwiefern sich nach Einschätzung der Eltern die psychische Erkrankung auf die Familie auswirkt und ob auch das Kind psychisch belastet ist. Die statistische Auswertung erfolgte mittels SPSS, wobei v.a. Häufigkeiten der Inanspruchnahme, Kreuztabellen und Mittelwertvergleiche ausgewertet wurden.

A.2 Ergebnisse der Studie

Der vorliegende Bericht stellt im Folgenden die Resultate aus dem Themenbereich *Inanspruchnahme von Hilfsangeboten* vor. Es wird jeweils die Anzahl der Probandinnen und Probanden dargestellt, welche die Fragen beantwortet haben. In den meisten Fällen zeigt die Grafik, wie viele Probandinnen und Probanden einer Frage oder Aussage zugestimmt haben. Einigen Fragen wurden nicht von allen beantwortet. Sind die fehlenden Angaben für die Auswertung relevant, werden sie in der Grafik erwähnt. Andernfalls kann davon ausgegangen werden, dass diese sogenannten Missings keine Verfälschungen der Resultate erzeugen. Für die Einsicht in die detaillierten Ergebnisse und in den von der KJPK Basel selbstentwickelten Fragebogen wird an die KJPK Basel verwiesen.

A.2.1 Deskriptive Beschreibung der Stichprobe. Bis zum Stichtag vom 26.11.2013 nahmen 89 Patientinnen und Patienten (N=89) an der Studie teil. Das Durchschnittsalter der befragten Eltern lag bei 42 Jahren (Mütter: 40 Jahre; Väter: 44 Jahre). Insgesamt füllten mehr Mütter (60%, N=54) als Väter (40%, N=35) die Fragebögen aus. Das Durchschnittsalter der Kinder lag bei 10 Jahren. Das jüngste war 1 Jahr und 8 Mona-

te, das älteste 17 Jahre 10 Monate. Die Abbildung A1 zeigt, welche Diagnosegruppen bei der Befragung vertreten waren.

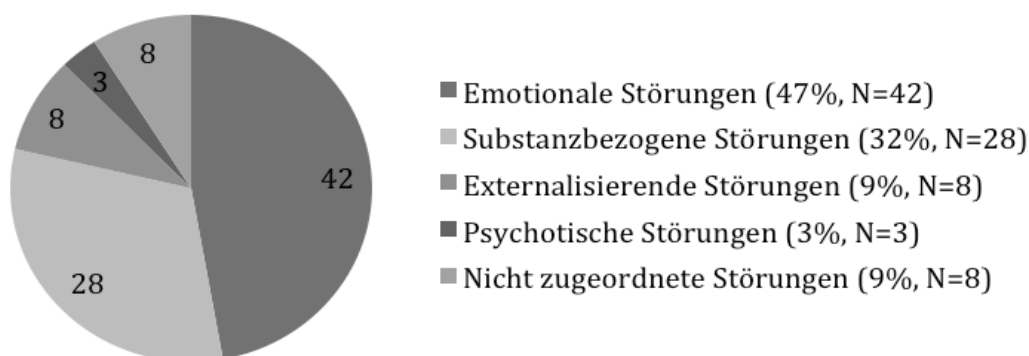


Abbildung A 1 Art der psychischen Störungen der befragten Eltern (N=89)

A.2.2 Kommunikation mit Fachpersonen. Die Abbildung A2 zeigt, welche Aspekte der Elternschaft im Kontakt mit den behandelnden Ärzten/Therapeuten thematisiert wurde.

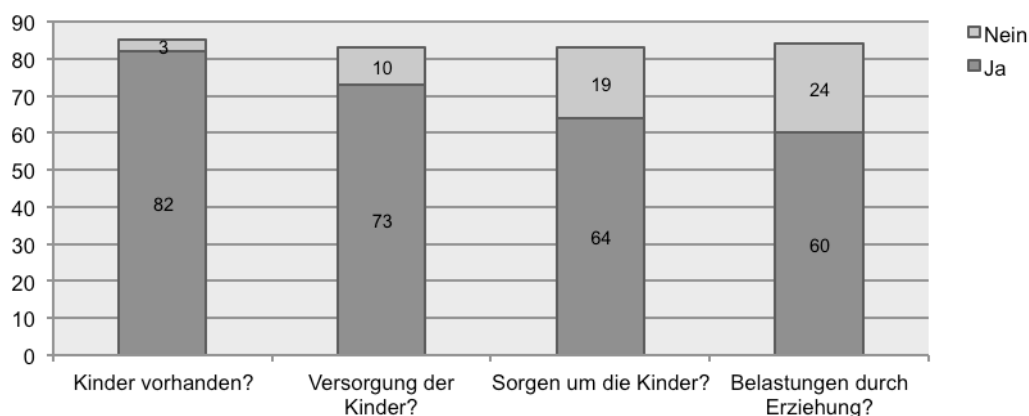


Abbildung A 2 Kommunikation mit Fachpersonen
Frage: Hat sich ihr behandelnder Arzt / Therapeut danach erkundigt:

- Ob Sie Kinder haben? (Missing: 4)
- Wie Ihre Kinder versorgt sind? (Missing: 6)
- Ob Sie sich um die Entwicklung / Versorgung Ihrer Kinder sorgen? (Missing: 6)
- Ob Sie die Erziehung Ihrer Kinder belastet? (Missing: 5)

Die behandelnden Fachpersonen fragten ihre Patientinnen und Patienten fast in allen Fällen, ob Kinder vorhanden waren. Bezüglich der Versorgung der Kinder gaben immer noch fast 73 der Befragten an, dass sich ihre Behandler danach erkundigt hatten. Mögliche Sorgen um die Entwicklung und Versorgung der Kinder oder Belastungen durch die Erziehung wurden jedoch nicht in gleichem Masse thematisiert. Es zeigt sich,

dass mit zunehmenden Differenzierungsgrad der Fragen / Informationen bezüglich der Kinder, die Thematisierung zwischen Fachpersonen und Eltern abnimmt.

A.2.3 Hilfsangebote.

A.2.3.1 Kontakt zu unterstützenden Personen und Institutionen. Die folgende Abbildung A3 zeigt, mit wem sich die befragten Eltern seit Beginn ihrer Krankheit über die zentralen Sorgen ihrer Familie austauschten und wie zufrieden sie mit der Unterstützung der jeweiligen Person oder Institution waren (5-er Skala: sehr unzufrieden bis sehr zufrieden).

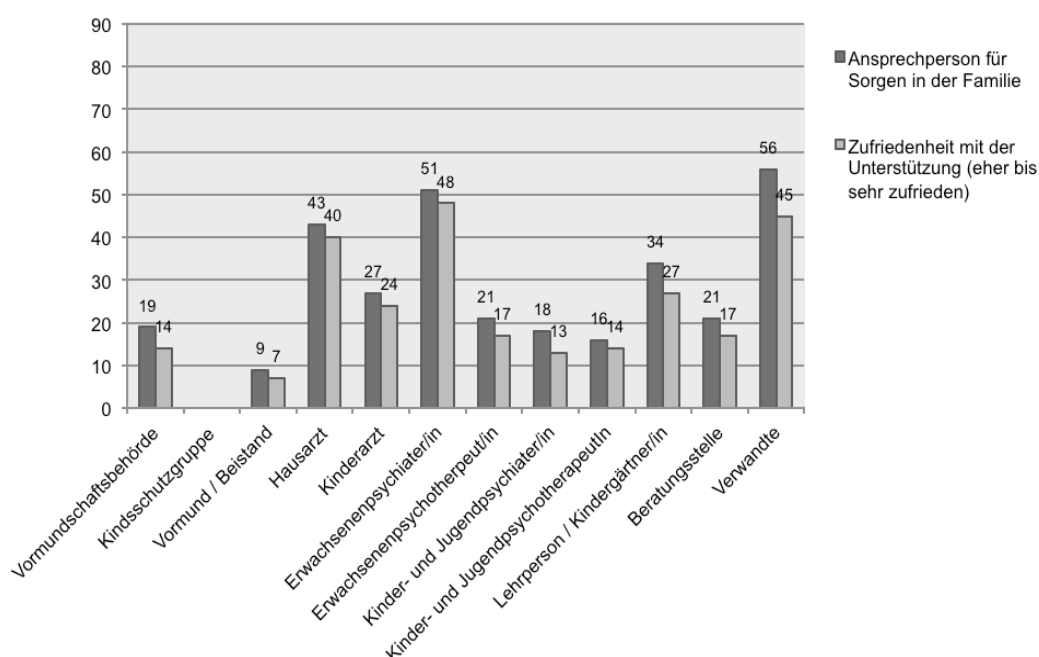


Abbildung A 3 Ansprechpersonen für Sorgen bezüglich der Familie und Zufriedenheit mit erhaltener Unterstützung
Frage: Kreuzen Sie bitte die Personen oder Institutionen an, mit denen Sie seit Ausbruch Ihrer Krankheit über die zentralen Sorgen Ihrer Familie gesprochen haben und geben Sie Ihre Zufriedenheit mit der Unterstützung der jeweiligen Personen / Institutionen an (5-er Skala: sehr unzufrieden bis sehr zufrieden)

Die Resultate zeigen, dass sich über die Hälfte der befragten Eltern mit ihren Sorgen an Verwandte (N=56), Erwachsenenpsychiater (N=51) oder Hausärzte (N=43) wenden. Lehrpersonen (N=34) und Kinderärzte (N=27) werden von je rund einem Drittel der Befragten kontaktiert. Weniger häufig werden Erwachsenenpsychotherapeuten (N=21), Kinder- und Jugendpsychiater (N=18) und –psychotherapeuten (N=16), Beratungsstellen (N=21) und Vormundschaftsbehörden (N=19) angegeben. Kinderschutzgruppen (N=0)

und Fachpersonen aus dem Vormundschafts- und Beistandswesen (N=9) werden nicht oder kaum genannt.

Jene Eltern, die Kontakt zu einer Person oder Institution gehabt hatten, wurden weiter gebeten, auf einer 5-er Skala (sehr unzufrieden, eher unzufrieden, eher zufrieden, zufrieden, sehr zufrieden) anzugeben, wie sie die Unterstützung erlebt hatten. Ein Gross- teil der Eltern gab an, mit dem in Anspruch genommenen Hilfsangebot eher bis sehr zu- frieden gewesen zu sein.

A.2.3.2 Wissen um Hilfsangebote, Inanspruchnahme und Zufriedenheit. Auf der Abbildung A4 wird dargestellt, wie der Bekanntheitsgrad von Hilfsangeboten bei den befragten Eltern ist. Zudem ist ersichtlich, welche Angebote bereits in Anspruch genom- men wurden und wie hoch die Zufriedenheit bei der Inanspruchnahme war:

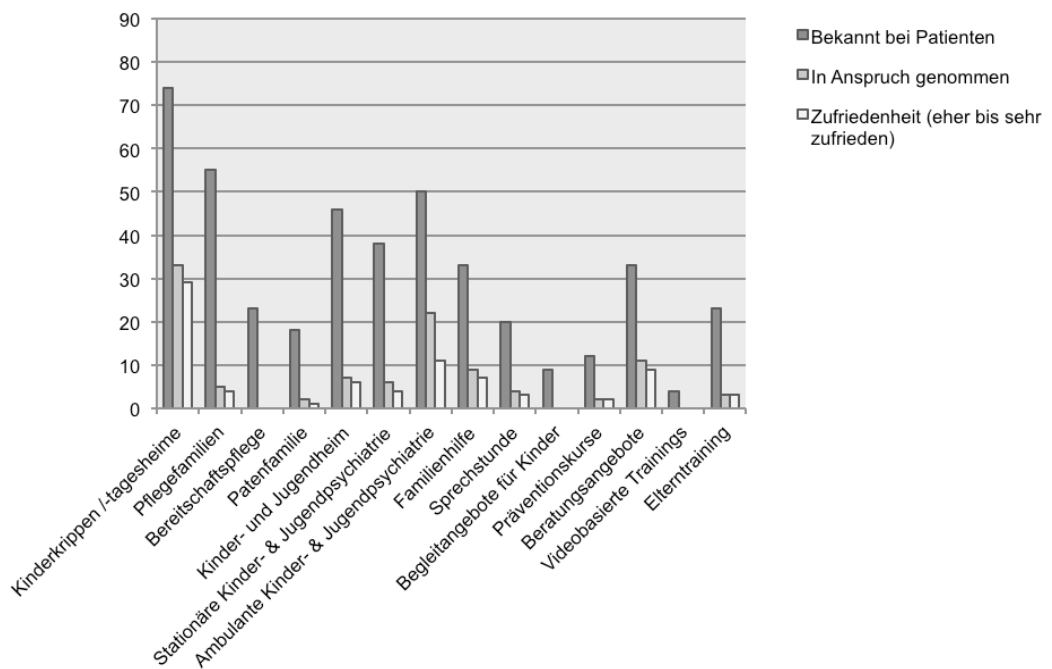


Abbildung A 4 Vorhandene Hilfsangebote: Bekanntheitsgrad, Inanspruchnahme und Zufriedenheit
Frage: Nachfolgend finden Sie verschiedene Unterstützungsangebote aufgelistet. Kreuzen Sie bitte an, ob Ihnen das jeweilige Angebot bekannt ist, ob Sie es schon einmal in Anspruch genommen haben und wie zufrieden Sie mit dem jeweiligen Angebot sind / waren (5-er Skala: sehr unzufrieden bis sehr zufrieden)

Mit einem sehr grossen Bekanntheitsgrad (N=74) wurden Kinderkrippen / - tagesheime genannt. Dieses Angebot wurde von den befragten Eltern auch am häufigsten in Anspruch genommen (N=33) und stiess bei fast allen (N=29) auf eher bis sehr gross

Zufriedenheit. Pflegefamilien waren auch sehr bekannt (N=55), wurden aber nur von sehr wenigen in Anspruch genommen (N=5). Kinder- und Jugendheime waren 46 Eltern bekannt und wurden in 7 Fällen in Anspruch genommen. Stationäre Kinder- und Jugendpsychiatrien waren 38 Befragten bekannt, wurden aber selten in Anspruch genommen (N=6). Therapeutische Angebote für Kinder im ambulanten Setting (N=50) waren bekannter und wurden deutlich häufiger in Anspruch genommen (N=22) als stationäre Angebote (N=7). Kaum bekannt und entsprechend auch nicht oder wenig genutzt, waren Hilfsangebote wie Bereitschaftspflege, Patenfamilien, sozialpädagogische Familienbegleitung, Sprechstunden, Begleitungsangebote, Präventionskurse, Beratungsangebote, videobasierte Trainings oder Elternt raining.

Bezüglich der Zufriedenheit mit den Unterstützungsangeboten kann gesagt werden, dass zwar nicht alle, aber ein Grossteil der Befragten auf einer 5-er Skala (sehr unzufrieden, eher unzufrieden, eher zufrieden, zufrieden, sehr zufrieden) angaben, mit den in Anspruch genommenen Hilfen eher bis sehr zufrieden gewesen zu sein.

A.2.3.3 Hindernisse bei der Inanspruchnahme von Hilfe. Die teilnehmenden Eltern konnten auf einer 6-er Skala („trifft genau zu“ bis „trifft überhaupt nicht zu“) ankreuzen, welche Gründe sie daran hindern, Hilfe in Anspruch zu nehmen (vgl. Auflistung in Abbildung A4, Kapitel 2.3.2). Aus der untenstehenden Grafik A5 wird ersichtlich, für wie viele Personen die vorgelegten Hinderungsgründe zutreffend (eher bis sehr zutreffend) oder nicht zutreffend (eher nicht bis überhaupt nicht zutreffend) waren (Resultate wurden zusammengefasst).

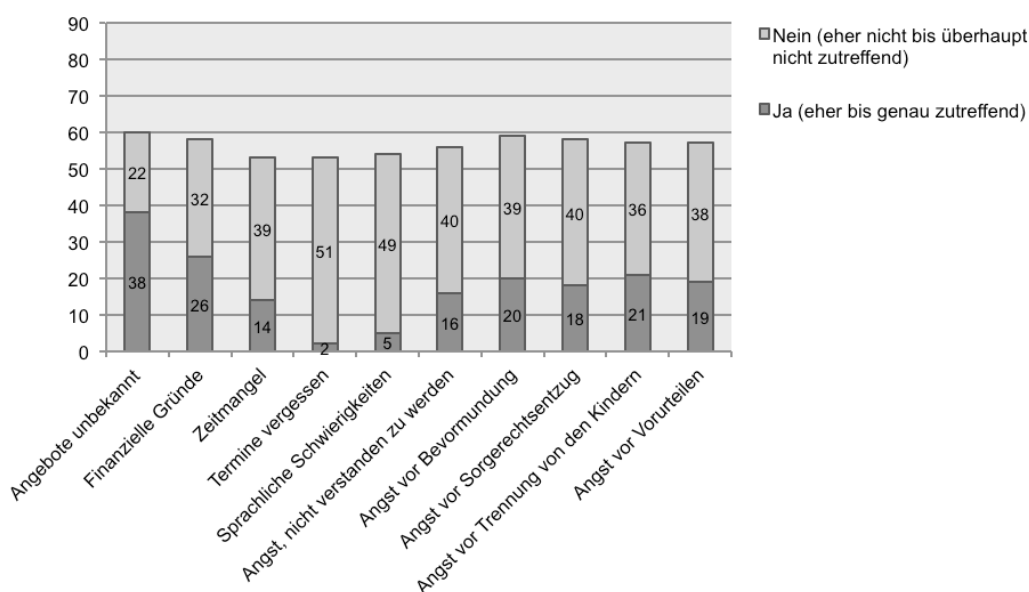


Abbildung A 5 Hindernisse bei der Inanspruchnahme von Hilfe
 Frage: Welche Gründe hindern Sie daran, Hilfe von Personen oder Institutionen oder weitere Unterstützungsangebote in Anspruch zu nehmen? Kreuzen Sie an, in wie weit die folgenden möglichen Aspekte für Sie ein solches Hindernis darstellen. (Gesamtstichprobe: 89. Missings: zwischen 29 und 36.)

38 der Befragten gaben an, die auf dem Fragebogen erwähnten Angebote (eher) nicht zu kennen. Finanzielle Gründe wurden von 26 Eltern als Hindernis bei der Inanspruchnahme von Hilfsangeboten angegeben. Jeweils rund ein Drittel der Eltern gaben verschiedene Ängste als Hinderungsgrund bei der Inanspruchnahme von Hilfsangeboten an: Dazu gehörten die Angst, nicht verstanden oder bevormundet zu werden, die Trennung von den Kindern und der Verlust des Sorgerechts sowie die Angst vor Stigmatisierung. Zeitmangel ist für 14 Probandinnen und Probanden ein Grund, keine Hilfe in Anspruch zu nehmen, während das Vergessen von Terminen oder Sprachschwierigkeiten kaum genannt wurden.

A.2.3.4 Wichtigste Angebote, die zurzeit Unterstützung bieten. Die befragten Eltern wurden gebeten aufzuschreiben, welche Unterstützungsangebote für sie in ihrer Lebenssituation am wichtigsten seien. Dabei wurden folgende Nennungen am häufigsten gemacht (Anzahl Nennungen):

- Psychiater / Psychologe / stationärer Klinikaufenthalt (N=42)
- Freunde / Familie (N=35)
- Behörden (z.B. AKJS; heute KJD oder KESB) (N=11)

- Ausserhäusliche Kinderbetreuung wie Krippen, Tagesheime (N=8)
- Therapie für das Kind (N=6)

Wie auch aus den anderen Fragen bereits ersichtlich wurde, zeigt sich auch hier, dass die Behandelnden der Eltern, Freunde und Verwandte für die Betroffenen die wichtigsten Personen für Unterstützung und Entlastung waren.

A.2.3.5 Wunsch nach zusätzlichen Angeboten. Die Befragten wurden aufgefordert zu notieren, welche Angebote sie zusätzlich wünschen würden oder welche ihnen bisher gefehlt hätten. Im Folgenden werden die häufigsten Nennungen aufgelistet (Anzahl Nennungen):

- Hilfe im Haushalt (N=8)
- Ausserhäusliche Kinderbetreuung wie Krippen, Tagesmutter, Babysitter (N=8)
- Unterstützung durch Psychiater / Psychologe (N=6)
- Kontakt zu anderen Betroffenen / Selbsthilfegruppen (N=4)
- Unterstützung bei Konflikten mit AKJS, Schulheim, Gutachter (N=4)

Die Auflistung zeigt, dass die befragten Eltern durchaus Bedarf an Entlastung und Unterstützung hatten und diesen auch benennen konnten.

A.3 Zusammenfassung und Fazit

Die meisten Probandeninnen und Probanden (über 90%) gaben an, dass sich ihr behandelnder Arzt / Therapeut nach ihren Kindern erkundigt habe. Auffallend ist, dass sich mit zunehmendem Differenzierungsgrad der Fragen bezüglich der Versorgung der Kinder, auch die Anzahl Probandeninnen und Probanden, die danach gefragt wurden, verkleinert (bis knapp 70%). Diese Zahlen zeigen, dass Behandler aus dem Erwachsenenbereich offenbar durchaus auf das Thema *Psychisch kranke Eltern* sensibilisiert sind. Dass in vielen Fällen die Kinder und das Elternsein nicht ausführlich besprochen werden, könnte auf ein Kapazitätsproblem oder auch auf ungenügendes Wissen bei den Fachpersonen hinweisen.

Bei der Frage nach den wichtigsten Ansprechpartnern in Bezug auf zentrale Sorgen der Familie zählt der Erwachsenenpsychiater neben Hausärzten und Verwandten zu den meistgenannten Ansprechpersonen. Es scheint, dass sich betroffene Eltern am ehes-

ten mit denjenigen Personen über ihre Probleme austauschen, mit welchen sie privat oder aufgrund ihrer eigenen psychischen Probleme bereits im Kontakt sind. Personen und Institutionen, die ihr Angebot spezifisch auf die Situation oder den Schutz der Kinder ausrichten, scheinen weniger als Ansprechpartner wahrgenommen zu werden.

Bezüglich Kenntnis und Nutzung von Hilfsangeboten gaben die befragten Eltern an, dass vor allem Angebote bekannt seien, die sich entweder unspezifisch an alle Eltern wenden (Kinderkrippen) oder die ausgerichtet sind auf Situationen, in denen das Kind bereits auf therapeutische Hilfe angewiesen ist (ambulante oder stationäre Kinderpsychiatrie) oder nicht mehr mit der Familie zusammenleben kann (Kinderheime, Pflegefamilien). Unterschwellige und präventive Hilfsangebote (wie Bereitschaftspflege, Patenfamilien, sozialpädagogische Familienbegleitung, usw.) waren den Befragten wenig bekannt und wurden auch kaum genutzt.

Auch bei der Frage nach den Hinderungsgründen bei der Inanspruchnahme von Hilfe, war der meistgenannte Grund, dass Angebote nicht bekannt seien. Weiter wurden finanzielle Gründe und verschiedene Ängste (z.B. Angst vor Trennung von Kindern, Bevormundung) genannt, welche die Inanspruchnahme von Hilfsangeboten verhindern.

Gefragt nach den wichtigsten Unterstützungsangeboten in der aktuellen Lebenssituation gaben 42 der befragten Eltern an erster Stelle Psychiaterinnen oder Psychiater, Psychologinnen oder Psychologen oder den stationären Klinikaufenthalt an. Auch Freunde und Verwandte wurden häufig genannt (N=35). Zusätzlich gewünscht wurden von den Probandinnen und Probanden praktische Hilfe im Haushalt und in der Kinderbetreuung, Beratungsangebote sowie mehr Verständnis von der Umgebung.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass bei den befragten Eltern ein Informationsdefizit bezüglich Hilfsangeboten besteht. Dies zeigt sich einerseits dadurch, dass vorhandene Angebote vielen nicht bekannt sind. Andererseits werden Ängste und Bedenken offenbar nicht oder nur wenig thematisiert. Zudem werden von den Eltern unterschwellige und präventiv wirkende Angebote wie Beratung oder Hilfe bei der Kinderbetreuung als gewünschte Unterstützung genannt, entsprechende vorhandene Angebote scheinen aber nicht bekannt zu sein. Als wichtigste Ansprechpersonen und auch als grösste Unterstützung scheinen Personen zu gelten, mit welchen die Befragten bereits privat oder durch die eigene Behandlung in Kontakt stehen. Hier scheint eine Möglichkeit zu

bestehen, das Informationsdefizit der betroffenen Eltern zu schliessen, indem Fachpersonen mit ihren Patientinnen und Patienten das Thema *Psychische Erkrankung und Elternschaft* thematisieren und sie auf alternative / präventive Hilfsangebote aufmerksam machen.

Anhang B: Informationsblatt und Einverständniserklärung

Zürcher Hochschule
für Angewandte Wissenschaften



Angewandte
Psychologie

www.psychologie.zhaw.ch

Informationsblatt

Psychisch kranke Eltern - Inanspruchnahme von Hilfsangeboten

Qualitative Erhebung

Inhalt	Psychisch kranke Eltern sind häufig einer enorm hohen Belastung ausgesetzt. Sie tragen die Verantwortung für sich und ihre Kinder. Diese Studie befasst sich mit der Inanspruchnahme von Hilfsangeboten von betroffenen Eltern für sich und ihre Kinder.
Ziel	Ziel der im Rahmen einer Bachelorarbeit an der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW) durchgeführten Studie ist es herauszufinden, welche Bedürfnisse und Wünsche psychisch kranke Eltern in Bezug auf Hilfsangebote für sich und ihre Kinder haben. Zudem wird nach Hindernissen bei der Inanspruchnahme von Unterstützung gefragt.
Vorgehensweise	Qualitative Interviews aufbauend auf den von der Forschungsabteilung der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Klinik (KJPK) in Basel bereits erhobenen quantitativen Daten.
Auswahl der Studien- Teilnehmer	Wir haben Sie für diese Studie ausgewählt, weil Sie sich aktuell in stationär psychiatrischer Behandlung befinden und Kinder haben.

Zürcher Hochschule
für Angewandte Wissenschaften



Angewandte
Psychologie

www.psychologie.zhaw.ch

**Freiwilligkeit
der Teilnahme**

Ihre Teilnahme ist freiwillig. Alle erhobenen Angaben werden streng vertraulich und anonym behandelt. Es entstehen für Sie und ihre Kinder keinerlei Nachteile, wenn Sie nicht an der Studie teilnehmen.

Studienablauf

Die Interviews finden in den Räumlichkeiten der XX (Name der Klinik) statt. Ein Interview dauert ca. 1 Stunde und wird auf Tonband aufgezeichnet.

**Risiken und Unan-
nehmlichkeiten**

Risiken und Unannehmlichkeiten sind bei dieser Art von Studie nicht zu erwarten. Ähnliche Untersuchungen wurden von uns schon häufig durchgeführt.
Falls Sie sich Sorgen um Ihr/-e Kind/-er machen, können wir Ihnen eine Hilfekarte aushändigen, wo Sie Ihre Angaben drauf schreiben können. Eine Mitarbeiterin aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie wird sich darauf bei Ihnen melden, um unverbindlich allfällige Sorgen bezüglich Ihres/-n Kindes/-ern zu besprechen.

Ansprechpersonen

Romana Kühnis (kuehniro@students.zhaw.ch)

Seraina Luzi (luziser1@students.zhaw.ch)

Es würde uns freuen, wenn Sie uns bei dieser Untersuchung mit Ihrer Teilnahme unterstützen würden. Wir möchten uns für Ihre Unterstützung schon jetzt ganz herzlich bei Ihnen bedanken.

Romana Kühnis

Seraina Luzi

Zürcher Hochschule
für Angewandte Wissenschaften



Angewandte
Psychologie

www.psychologie.zhaw.ch

Einwilligung zur Teilnahme an der Untersuchung

Psychisch kranke Eltern - Inanspruchnahme von Hilfsangeboten

Qualitative Interviews

Information zum Datenschutz und zur Veröffentlichung

Bei dieser wissenschaftlichen Studie werden persönliche Daten über Sie erhoben. Die Weitergabe, Speicherung und Auswertung dieser studienbezogenen Daten erfolgt nach gesetzlichen Bestimmungen und setzt eine freiwillige Teilnahme voraus. Die im Rahmen dieser Studie erhobenen Daten werden auf Tonband aufgezeichnet, ohne Namensnennung verarbeitet und gespeichert. Ausschnitte aus den Interviews können anonymisiert, das heisst ohne Nennung von Namen, Daten, Wohnort etc., veröffentlicht werden.

Einwilligungserklärung

Inhalt, Vorgehensweise und Ziel des oben genannten Forschungsprojektes habe ich dem Informationsblatt entnommen.

Ich erkläre hiermit, die oben genannten Bestimmungen zur Kenntnis genommen zu haben und willige ein, am Forschungsprojekt teilzunehmen.

.....

(Name des Probanden)

.....

Ort, Datum

.....

(Unterschrift des Probanden)

Anhang C: Interviewleitfaden

C.1 Einleitung

- Danken für die Teilnahme am Interview!
- Vorstellung (Namen, Psychologiestudentinnen, Bachelorarbeit an ZHAW)
- Ziel der Untersuchung erläutern
- Infos zum Interview: Dauer, Tonbandaufnahme, Anonymisierung
- Einverständniserklärung unterschreiben lassen
- Ablauf erklären:
 - ⇒ 1. Teil: Fragen über Patient/in und familiäre Verhältnisse
 - ⇒ 2. Teil: Hilfsangebote

C.2 Grund für Klinikaufenthalt/ Familiäre Verhältnisse

Sie wurden mir durch die Stationsleitung, Herr / Frau X vermittelt. Zu ihrer Geschichte und den Gründen, wieso Sie hier in Behandlung sind, habe ich keine Informationen. Ich weiss einfach, dass Sie Kinder haben und sich daher bereit erklärt haben bei dieser Befragung mitzumachen.

- Könnten Sie mir bitte kurz erzählen, wie lange Sie schon hier sind und wie es zum Klinikaufenthalt gekommen ist?
- Können Sie mir etwas über Ihre Familiensituation erzählen (z.B. Alter der Kinder, Partnerschaft, Kinderbetreuung, Berufstätigkeit, Wohnverhältnisse etc.)?
- Wie werden Ihre Kinder im Moment betreut? Ist diese Betreuung für Sie gut so oder wüssten Sie sich eine andere Lösung?

C.3 Sorgen der Eltern

Denken Sie zurück an Ihre Zeit vor dem Klinikaufenthalt...

- Hatte oder hat Ihre Situation (Krankheit nennen, falls vorher erwähnt) Auswirkungen auf Dinge wie Erledigen des Haushaltes, Finanzen, Erziehung der Kinder, etc.?
- Glauben Sie, dass Ihre Kinder etwas von Ihrer Erkrankung merken?
- Wie hat sich das gezeigt?
- Machen Sie sich Sorgen oder haben Sie Befürchtungen in Bezug auf Ihre Kinder? (in Zusammenhang mit der Erkrankung?)

C.4 Kommunikation in der Familie

- Wie offen sprechen Sie in Ihrer Familie über Ihre Krankheit?
- Haben Sie mit den Kindern über die aktuelle Situation und über Ihr Befinden gesprochen? Wenn ja: Wie haben Sie das gemacht? Hatten Sie Hilfe dabei?
- Haben Sie mit anderen Personen ausserhalb der Familie darüber gesprochen?
 - ⇒ Falls ja:
 - Mit wem haben Sie gesprochen?
 - Wie haben Sie das erlebt?
 - ⇒ Falls nein:
 - Hätten Sie gerne mit jemandem geredet?
 - Mit wem?

C.5 Wünsche in Bezug auf Hilfsangebote

Kurz erwähnen, was bisher besprochen wurde (Alltagsbelastungen aufzählen sowie zusätzliche Belastung durch die Krankheit)... Ich könnte mir vorstellen, dass das eine grosse Belastung ist.

- Können Sie mir ein wenig darüber erzählen, welche Situationen mit den Kindern für Sie besonders schwierig/ belastend waren?
- Wurden Sie in einer solchen Situation von jemandem unterstützt? Haben Sie sich Unterstützung geholt? Wenn ja wie und von wem?
- Hätten Sie sich (zusätzliche) Hilfe gewünscht?
 - ⇒ Falls ja:
 - Von wem hätten Sie damals oder auch jetzt gerne Unterstützung (gehabt)?
 - Was wäre für Sie und Ihre Kinder hilfreich/ entlastend?
 - ⇒ Falls nein:
 - Wie wäre es für Sie gewesen, wenn Ihnen jemand von aussen Hilfe angeboten hätte? Z.B. Hausarzt, Lehrer der Kinder, etc.
 - Hätten Sie das annehmen können?

Jetzt haben wir eher über ihre persönliche Situation und über belastende Situationen gesprochen. Im zweiten Teil möchten wir nun mehr über das Thema Hilfsangebote sprechen.

C.6 Hilfsangebote in Basel

Jetzt haben wir eher über ihre persönliche Situation und über belastende Situationen gesprochen. Im zweiten Teil möchten wir nun mehr über das Thema Hilfsangebote sprechen.

Kennen Sie Hilfsangebote für psychisch kranke Eltern in Basel und wenn ja welche?

⇒ Falls ja:

- Haben Sie diese in Anspruch genommen?
- Welche Erfahrungen haben Sie mit ihnen gemacht?

⇒ Falls nein:

- Kennen Sie jemanden, der Erfahrungen mit solchen Angeboten hat und wissen wie er/sie es erlebt hat?

C.7 Pro und Contra von spezifischen Angeboten

Ich habe hier eine Liste von möglichen Hilfsangeboten und frage Sie im Folgenden, was sie von diesen halten. Es geht nicht unbedingt um Ihre aktuelle Situation, sondern darum, ob Sie sich grundsätzlich vorstellen könnten, dass Sie ein solches Hilfsangebot entlasten könnte oder ob Sie sagen, Sie möchten es lieber nicht (Falls ja, weshalb und falls nein, weshalb nicht).

- Haushaltshilfe
- Hilfe bei der Erziehung der Kinder / Elterstraining
- Beratungsstellen (z.B. Stiftung Melchior, KJPK, Familienberatung, etc.)
- Kinder- und Jugendpsychiater
- Erwachsenenpsychotherapeut oder Erwachsenenpsychiater
- Eltern-Kind-Station
- Betreuungsangebote im heimischen Umfeld (sozialpädagogische Familienbegleitung)
- Krippen / Heime
- Kinder- und Jugenddienst (KJD)
- Kinder- und Erwachsenenschutzbehörde (KESB)
- Unterstützung durch Freunde/Verwandte

C.8 Ängste/ Befürchtungen

Wir haben nun einige Hilfsangebote für Familien angesprochen.

- Was wären in Ihrer Situation Vor- und Nachteile davon, Hilfe / ein Hilfsangebot in Anspruch zu nehmen?
- Was sind Gründe, die Sie daran hindern, Hilfe in Anspruch zu nehmen? Was wären zum Beispiel Befürchtungen von Ihnen?

C.9 Informationsbeschaffung

- Was wäre Ihnen im Falle einer schwierigen Situation mit Ihren Kindern lieber: Selber Unterstützung suchen oder Hilfe angeboten erhalten?
- Auf welchem Weg oder über welche Person wüssten Sie über Hilfsangebote informiert zu werden?
- Angenommen, Sie suchen jetzt oder nach Ihrem Klinikaufenthalt ein Hilfsangebot, das Sie unterstützen würde, auf welchem Weg oder über wen würden Sie sich informieren?
- Falls Sie das schon einmal gemacht haben: Welche Erfahrungen haben Sie dabei gemacht? (Z.B. mit Internetseiten, Behördenangestellten, Sekretärinnen, etc.)

C.10 Aufenthalt in Klinik

Jetzt haben wir viel über Hilfsangebote ausserhalb der Klinik geredet. Jetzt, wo Sie hier sind:

- Könnten Sie mir erzählen, wie Ihr Kontakt zu Ihren Kindern im Moment ist und wie das für Sie ist?
- Gibt es Dinge, die Sie sich von der Klinik wünschen würden, die den Kontakt zu Ihren Kindern erleichtern würden (z.B. Gespräche, spezielle Räumlichkeiten auf dem Gelände, etc.)?
- War es während Ihres Aufenthaltes bis jetzt Thema, dass Sie Kinder haben?
⇒ Falls ja:
 - Wurde mit Ihnen auch über Unterstützungsmöglichkeiten zur Entlastung gesprochen und wenn ja über welche?
 - Wurden Kontakte vorgeschlagen/vermittelt?

⇒ Falls nein:

- Würden Sie sich wünschen, in der Klinik über Unterstützungsmöglichkeiten in Bezug auf Ihre Kinder informiert zu werden?

C.11 Abschluss

- Gibt es noch etwas wichtiges, dass Sie zum Thema sagen möchten und wir jetzt nicht angesprochen haben? Z.B. ein Hinweis an Fachpersonen, was Ihnen und anderen Eltern in ähnlichen Situationen helfen könnte?
- Danken für die Teilnahme am Interview!
- Nochmalige Zusicherung von Anonymisierung der Daten
- Evtl. Hilfekarte von KJPK

Anhang D: Probandenblätter

Proband A

Datum:	17.01.2014	Dauer des Interviews:	ca. 35 Minuten
Interviewleitung:	S. Luzi	Weitere Anwesende:	R. Kühnis
<hr/>			
Proband (Kürzel):	A	Alter:	35
Nationalität:	Y. (muslim. Land)	Diagnose:	nicht genannt
<hr/>			
Anzahl Kinder:	1	Wohnhaft bei:	Mutter
Geschlecht:	M	Alter:	4
<hr/>			

Bemerkungen zum Gespräch

- Pb wartete bereits auf uns und stellte sich von sich aus vor.
- Er war freundlich, offen und auskunftsbereit.
- Der Pb hatte am Tag zuvor eine Zahnbehandlung gehabt und kam mit Kältebeutel. Verneinte jedoch, Schmerzen zu haben.
- Der Pb stammt aus einem muslimischen Land, spricht jedoch fließend und sehr gut Deutsch.
- Während des Gesprächs war der Pb nervös und angespannt, er wippte mit dem Oberkörper und knetete seine Finger/ Hände beim Reden. In seiner Stimme hörte man seine emotionale Erregung, sie war zum Teil brechend und etwas laut.
- Der Pb erzählte sehr offen und differenziert über seine Lebensgeschichte und seine aktuelle Situation. Er verstand und beantwortete alle Fragen.
- Die Stimmung während des Gesprächs war gut.

Fallzusammenfassung

Aktuelle Lebenssituation / familiäre Situation: Herr A. ist seit drei Monaten in der Klinik. Er wuchs in einem muslimischen Land auf. Im Alter von ungefähr zehn Jahren

wurde er sexuell missbraucht und arbeitete seit der Kindheit viel und schwer. Seit er und seine Familie in die Schweiz gezogen sind, leidet er insbesondere am Arbeitsplatz an Überforderung. Herr A. ist verheiratet und hat einen vierjährigen Sohn. Seit er seiner Frau gegenüber häusliche Gewalt ausgeübt hat, wohnt Herr A. wieder bei seinen Eltern zu Hause.

Auswirkungen der Doppelbelastung: Herr A. berichtete, seine Überforderung im Berufsleben habe sich zu Hause ausgewirkt. Der Stress habe dazu geführt, dass er seine Frau geschlagen und viel mit ihr gestritten habe. Er sei immer wieder ausgeflippt, auch wenn sein Sohn zu Hause gewesen sei. Bei der Arbeit habe er Konzentrationsstörungen und Gedankenkreisen gehabt, sei bei zu grossem Druck emotional und körperlich ausfällig geworden und daher auch schon im Gefängnis gewesen. Herr A. meinte, er liebe seinen Sohn über alles, habe aber nicht mehr als 15 Minuten Geduld, wenn es darum gehe, mit ihm zu spielen.

Auswirkungen auf die Kinder: Herr A. erzählte eindrücklich, dass sein Sohn unter seiner aktuellen Verfassung leide. Er würde Abstand zu ihm halten, habe Angst vor ihm und ihm auch schon einmal gesagt, er sei böse. Wenn Herr A. und seine Frau Streit hätten, mache der Sohn die Ohren zu, fange an zu zittern und selber herumzuschreien.

Kommunikation: Herr A. sagte seinem Sohn, dass er im Moment viel am Arbeiten sei. Er würde nicht verstehen, dass er krank und in einer Klinik ist. Seine Schwester und Eltern wissen, dass Herr A. in der Klinik ist, sie verstehen es aber aus kulturellen Gründen nicht.

Erfahrung mit Hilfen: Herr A. ist seit acht Jahren bei einem Erwachsenenpsychiater, welcher ihm den Klinikaufenthalt vorgeschlagen habe. Er würde ihm gute Tipps geben, aber Herr A. sei noch nicht viel weiter gekommen. Sein Sohn ist in einem Tagesheim seit er zehn Monate alt ist, da seine Frau arbeitet.

Wünsche in Bezug auf Hilfe: Darauf angesprochen, ob sich Herr A. Hilfe gewünscht hätte, meinte er, dass er sich diese zwar gewünscht hätte, seine Familie ihn aus kulturellen Gründen aber nicht verstanden und ausgelacht hätte. Zum Schluss gibt er uns den Tipp, als angehende Psychologinnen das Gegenüber immer ernst zu nehmen und präsent zu sein.

Generelle Einstellung gegenüber Hilfen: Herr A. meinte, dass er Hilfe gerne angenommen hätte, wenn jemand sie ihm angeboten hätte. Er sei ja schliesslich auch freiwillig in der Psychiatrie. Im Laufe des Gesprächs betonte Herr A. immer wieder, dass er alles

machen würde, wenn es seinem Kind gut tun würde. Aber Hilfe im Haushalt oder in der Erziehung würden nichts nützen, da seine Frau alles im Griff habe. Er selber sei das Problem und er müsse etwas an sich ändern.

Einstellung gegenüber spezifischen Hilfen: Hilfe im Haushalt oder in der Erziehung hätten sie nicht nötig, weil die Frau von Herrn A. das sehr gut mache und keine Unterstützung annehmen würde. Beratungsstellen könnte sich Herr A. besser vorstellen als sozialpädagogische Familienbegleitung. Alles, was mit Behörden zu tun hat, schreckt Herr A. eher ab. Er wusste aus Erfahrung mit seinem Neffen wenig Gutes zu berichten und meinte, er hätte Angst, eine Behörde würde entscheiden, dass er seinen Sohn nicht mehr sehen dürfte oder sie ihn ihm wegnehmen würde.

Hindernisse bei der Inanspruchnahme von Hilfe: Seine Familie erlebte Herr A. eher als Hindernis, Hilfe in Anspruch zu nehmen, da diese ihn aus kulturellen Gründen nicht verstehen. Die Angst vor einer Kindeswegnahme würde ihn daran hindern, Hilfe von Behörden in Anspruch zu nehmen.

Informationsbeschaffung: Herr A. berichtete davon, dass in seiner Gemeinde Flyer für Unterstützung und für Egetherapien aufliegen. Er habe aber noch keines dieser Angebote in Anspruch genommen. Er würde sich Hilfe lieber selber holen als angeboten bekommen.

Situation in Klinik: Herr A. erzählte, dass er seinen Sohn während des Klinikaufenthalts an den Wochenenden sehe. Seine Schwestern würden den Jungen zu ihm in sein Elternhaus bringen, da seine Frau im Moment nichts mit ihm zu tun haben wolle. Seine Psychologin schlage eine Egetherapie vor, welche seine Frau aber bisher ausgeschlagen habe. Sie besuche ihn in der Klinik auch nicht. Er werde nach dem Klinikaufenthalt versuchen, seinen Psychiater zu überreden, einmal mit seiner Frau zu reden.

Proband B

Datum:	22.01.2014	Dauer des Interviews:	ca. 57 Minuten
Interviewleitung:	S. Luzi	Weitere Anwesende:	-
<hr/>			
Proband (Kürzel):	B	Alter:	48
Nationalität:	Schweiz	Diagnose:	Alkohol-Sucht
<hr/>			
Anzahl Kinder:	1	Wohnhaft bei:	Bauernfamilie extern
Geschlecht:	M	Alter:	16
<hr/>			

Bemerkungen zum Gespräch

- Der Pb hat sich kurz nach der Vorstellung des Projekts in der Morgenrunde spontan zum Gespräch bereit erklärt.
- PB war in Trainer gekleidet, machte Bemerkung, dass er sich schöner gekleidet hätte, wenn er gewusst hätte, dass das Gespräch sofort stattfindet.
- Er war sehr freundlich, offen und auskunftsbereit. Er meinte vor der Tonbandaufnahme, er verstehe, wozu es solche Studien brauche, und er gerne dazu bereit sei mitzumachen.
- Äusserlich: Kräftiger Körperbau. Viele Tattoos. „Jung geblieben“. Wirkte „cool“.
- Bekam bei persönlichem Teil Tränen. Nachgefragt nach einer Pause meinte er aber, dass wir mit dem Interview gut weitermachen könnten.
- Der Pb erzählte vor allem von seiner eigenen Situation, weniger von der mit seinem Sohn. Dies ist wahrscheinlich darauf zurückzuführen, dass sein Sohn bereits 16 Jahre alt ist.
- Nach dem Gespräch erklärte mir Herr B. noch, wie die Abteilungen U1-U3 organisiert seien, resp. in welchem Suchtstadium Klienten auf welcher Abteilung seien.

Fallzusammenfassung B

Aktuelle Lebenssituation / familiäre Situation: Der 48-jährige Herr B. ist innerhalb von zweieinhalb Jahren bereits zum achten oder neunten Mal aufgrund seiner Alkoholsucht in der Klinik. Er ist seit einigen Jahren von seiner Ex-Frau geschieden, mit welcher er einen 16-jährigen Sohn hat. Der Sohn ist seit einigen Jahren ausserhalb des Kantons auf einem Bauernhof in einer Gastfamilie. Herr B. verlor seine Stelle aufgrund des Alkoholkonsums und war vorher aufgrund eines Rückenleidens krank geschrieben gewesen.

Auswirkungen der Doppelbelastung: Herr B. schilderte im Gespräch vor allem Belastungen aufgrund seiner Alkoholsucht und seines Rückenleidens und weniger im Kontakt mit seinem Sohn oder durch die Elternschaft entstandene Belastungen. Er mache sich manchmal Sorgen um seinen Sohn, so wie dies jeder Vater und jede Mutter tue.

Auswirkungen auf die Kinder: Nach der Trennung von seiner Frau habe sein Sohn schulische Probleme gehabt, weshalb sie der vom AKJS vorgeschlagenen Fremdplatzierung zugestimmt hätten. Herr B. erzählte, dass sich sein Sohn manchmal Sorgen um ihn mache. Er sei stolz darauf, dass sein Vater noch einmal versuche, einen Entzug zu machen und habe ihn dazu ermutigt.

Kommunikation: Herr B. ist es sehr wichtig, mit seinem Sohn über seine Alkoholsucht offen zu kommunizieren und ihn jeweils zu informieren, wenn er in der Klinik ist. Mit seiner Ex-Frau und den Eltern habe er die Sucht offen thematisiert. Auch mit seinen Freunden habe er geredet, oft aber auch über deren Probleme und Süchte. Es sei einfacher, anderen einen Tipp zu geben, da dies von den eigenen Problemen ablenke.

Erfahrung mit Hilfen: Herr B. lobte die Gasteltern, bei denen sein Sohn zurzeit wohne. Er habe dort und auch in der Schule eine bessere Entwicklung gemacht, als er hier in Basel gemacht hätte. Das AKJS habe er bisher eigentlich gut erlebt. Einmal sei es allerdings nötig gewesen, klarzustellen, dass weiterhin sie als Eltern die Erziehungsberechtigung hätten. In seinen Abstürzen hätten Freunde versucht, ihn zu unterstützen, dies habe er aber nicht gewollt. Herr B. ist in Kontakt mit dem Suchtberater der Klinik, einem Psychiater und einem Jobcoach von der IV, mit welchen er durchwegs gute Erfahrungen gemacht hat.

Wünsche in Bezug auf Hilfe: Herr B. äusserte keinen Wunsch bezüglich einem Hilfsangebot. Er überlegt sich zurzeit, ob er eine Psychologin anstelle seines Psychiaters kontaktieren soll.

Generelle Einstellung gegenüber Hilfen: Herr B. meinte im Gespräch, dass er Hilfsangebote gut fände, er aber viele nicht nötig gehabt habe. Er sah keine Nachteile bei der Inanspruchnahme von Hilfe. Wenn er Hilfe annehme, sei diese freiwillig und er könne ja wieder gehen, wenn es ihm nicht passe.

Einstellung gegenüber spezifischen Hilfen: Haushaltshilfe und Hilfe bei der Erziehung hätten er und seine Ex-Frau nicht nötig gehabt. Eine Familienberatungsstelle hätte nichts gebracht, da sie sich als Paar sowieso haben trennen wollen. Eine Eltern-Kind-Station fand Herr B. spannend, sein Sohn sei dafür aber jetzt zu alt. Ein Kinder- und Jugendpsychiater sei nie zur Diskussion gestanden.

Hindernisse bei der Inanspruchnahme von Hilfe: Herr B. erwähnte keine Hinderungsgründe für die Inanspruchnahme von Hilfsangeboten.

Informationsbeschaffung: Je nach Situation bekomme Herr B. lieber Hilfe angeboten oder suche sie selber. Er sei durch den Suchtberater, Psychiater und den Jobcoach gut abgedeckt, falls er weitere Hilfe brauche. Falls es seinem Sohn nicht gut ginge, würde er sich auch wieder ans AKJS wenden.

Situation in Klinik: Von der Klinik wünscht sich Herr B. keine spezifische Unterstützung für den Kontakt zu seinem Sohn. Dieser habe ihn schon in der Klinik besucht und sie würden sich an den Wochenenden sehen. Mit den Mitpatienten würden sie ab und zu über die Kinder sprechen und sich über Hilfsangebote austauschen. Mit seiner Psychologin und Pflegenden habe er auch schon über seine Belastungen geredet.

Proband C

Datum:	22.01.2014	Dauer des Interviews:	ca. 55 Minuten
--------	------------	-----------------------	----------------

Interviewleitung:	S. Luzi	Weitere Anwesende:	-
-------------------	---------	--------------------	---

Proband (Kürzel):	C	Alter:	ca. 45 J.
Nationalität:	Deutschland	Diagnose:	Burnout, Alkoholsucht

Anzahl Kinder:	1	Wohnhaft bei:	beiden Elternteilen
Geschlecht:	W	Alter:	5.5

Bemerkungen zum Gespräch

- Der Pb kam direkt von einem Gespräch mit einer Psychologin der KJPK und erklärte sich spontan zum Gespräch bereit. Bezog sich im Interview immer wieder auf das vorangegangene Gespräch mit der Kinderpsychologin.
- Sein bildungshoher Hintergrund (Chemiker mit Führungserfahrung) war spürbar: War während des ganzen Gesprächs sehr differenziert, reflektiert und konnte sich sprachlich äusserst präzise ausdrücken.
- Er war sehr freundlich, offen und auskunftsbereit. Meinte, er sei ja „perfekt“ für diese Studie, da er und seine Tochter die Einschlusskriterien erfüllen.
- Im Laufe des Gesprächs hatte ich den Eindruck, dass er immer nervöser wurde. Er erwartete den Besuch seiner Tochter, auf den er sich sehr freute.
- Herr C. wird nach dem Aufenthalt in der U1 für 3 Monate in eine ausserkantonale Klinik gehen, um sich dort zu stabilisieren.

Fallzusammenfassung C

Aktuelle Lebenssituation/familiäre Situation: Herr C. arbeitet als Chemiker in einer verantwortungsvollen und leitenden Funktion eines grösseren Unternehmens. Er sieht die Ursache seines Burnouts und Alkoholmissbrauchs hauptsächlich in seiner grossen beruflichen Belastung. Seine Frau mache eine Ausbildung als Kinder- und Naturpädagogin und habe ab und zu Angstzustände. Die Tochter sei im Kindergarten und sei zuvor zeitweise von einer Tagesmutter betreut worden. Seine Familie bedeute Herr C. sehr viel. Er bezeichnet die fünfjährige Tochter als seinen „Augapfel“. Aus dem Gespräch wird ersichtlich, dass Herr C. und seine Frau im Umfeld Freunde und Bekannte zu haben scheinen, welche sie mit Rat und Tat unterstützen.

Auswirkungen der Doppelbelastung: Herr C. habe im Alltag immer alles auf die Reihe bekommen. Viel getrunken habe er immer erst, wenn die Tochter geschlafen habe. Belastend waren für ihn vor allem kleine Dinge im Alltag: Wenn er in Zeitdruck war, wenn er Meinungsverschiedenheiten mit der Frau hatte oder wenn er abends nervös wurde, weil er trinken wollte.

Auswirkungen auf das Kind/ Kommunikation: Herr C. und seine Frau machen sich Sorgen um ihre Tochter. Diese habe Ticks entwickelt, weine öfters und sei anhänglicher. Sie hätten mit ihr über die Erkrankung des Vaters geredet, sie aber nicht genauer über das Thema Sucht informiert, da sie noch zu klein sei. Im Sinne der Vorbeugung lassen sie die Tochter zurzeit von einer Kinderpsychologin der KJPK abklären.

Erfahrung mit Hilfen: Herr C. und seine Frau hätten seit Geburt des Kindes bereits einige Hilfsangebote in Anspruch genommen und dabei gute Erfahrungen gemacht. So hätten sie z.B. am Schreiprogramm der KJPK teilgenommen. Mutter und Tochter seien im ersten Lebensjahr der Tochter in einer Mutter-Kind-Abteilung der Ita-Wegmann-Klinik gewesen. Zudem nahmen die Eltern Unterstützung bei der Mütter-/Väter-Beratung in Anspruch.

Wünsche in Bezug auf Hilfe: Als wichtigstes Angebot überhaupt sieht er Mütter-Kind-Einrichtungen wie dasjenige, das seine Frau im ersten Jahr nach der Geburt der Tochter in Anspruch genommen habe. Diese sollten seiner Meinung nach unbedingt beibehalten oder ausgebaut werden.

Generelle Einstellung gegenüber Hilfen: Herr C. zeigt ein sehr aktives Hilfeverhalten und meint, er würde innerhalb und ausserhalb der Klinik Hilfe suchen, wenn er sie brauche.

Einstellung gegenüber spezifischen Hilfen: Angesprochen auf verschiedene Hilfsangebote meint Herr C. klar, dass er vieles in Anspruch nehmen würde, wenn es nötig und sinnvoll wäre.

Hindernisse bei der Inanspruchnahme von Hilfe: In Bezug auf Behörden oder Institutionen äusserte er Bedenken. Er assoziiert diese mit der Befürchtung, dass sie einem das Kind wegnehmen würden.

Informationsbeschaffung: Er und seine Frau würden sich in Zukunft via Hausarzt über Angebote informieren und sind zurzeit in Kontakt mit einem Mediator, um mit ihm ihre ehelichen Konflikte anzugehen.

Situation in Klinik: Von der Klinik wünscht sich Herr C. einen spezialisierten Kinderpsychologen und schlägt vor, einen Fahrdienst für finanziell schwache Patienten einzurichten, mit dem die Kinder in die Klinik gebracht werden könnten.

Probandin D

Datum:	18.02.2014	Dauer des Interviews:	30 Min
Interviewleitung:	R. Kühnis	Weitere Anwesende:	-

Proband (Kürzel):	D	Alter:	46
Geschlecht:	w	Nationalität:	Osteuropa
Diagnose (falls bekannt): Depression nach Todesfall (evt. Anpassungsstörung)			

Anzahl Kinder:	1	Wohnhaft bei:	Eltern
Geschlecht:	m	Alter:	11

Bemerkungen zum Gespräch

- Frau D stammt aus Osteuropa, spricht mit Akzent aber sehr differenziert Deutsch.
- Sie war sehr freundlich und auskunftsbereit.
- Die Stimmung während des Gespräches war angenehm.
- Frau D betonte mehrmals, dass sie sich aufgrund ihrer Herkunft mit Hilfssystemen nicht auskenne, weil es so etwas bei ihr gar nicht gäbe. Zudem ist sie überzeugt und entschlossen, es nach der Genesung wieder alleine zu schaffen. Sie konnte darum einige Fragen nicht ganz nachvollziehen.

Fallzusammenfassung D

Aktuelle Lebenssituation / familiäre Situation: Frau D stammt ursprünglich aus Osteuropa, wohnt jedoch schon lange in der Schweiz und spricht sehr gut Deutsch. Sie lebt mit ihrem 11-jährigen Sohn und dessen Vater zusammen. Es gebe aber schon seit rund 4 Jahren Probleme in der Partnerschaft. Frau D gibt an, in den letzten Jahren immer gegen 50% gearbeitet zu haben. Ca. 15% als Putzfrau für Privatwohnungen und ca. 30% als Servier-tochter. Diese Stelle verlor sie, weil das Restaurant zugeing. Sie nahm dann eine andere Stelle als Zimmermädchen an, was sie jedoch als physisch und psychisch zu anstrengend beschrieb. Frau D ist seit drei Wochen in der PBL wegen Depressionen. Diese begannen im Sommer, als ihr Ex-Ehemann und guter Freund tödlich verunfallt war. Von da an ging

es bergab. Die neue Stelle als Zimmermädchen sei „der letzte Tropfen“ gewesen. Die Hausärztin habe sie direkt in die Klinik eingewiesen.

Auswirkungen der Doppelbelastung: Frau D berichtet, dass es ihr vor dem Klinikaufenthalt zunehmend schwer gefallen sei, arbeiten zu gehen, den Haushalt zu erledigen oder Termine einzuhalten. Sie habe es jedoch machen „müssen“ und es auch immer geschafft. Jetzt, wo Frau D in der Klinik sei, beschäftige sie die Betreuungssituation des Sohnes, der bald Faschnachtsferien habe. Sie wisse noch nicht, wie sie das organisieren könne.

Auswirkungen auf die Kinder: Frau D kann keine negativen Auswirkungen beschreiben, welche die Krankheit auf ihren Sohn habe. Er äussere einfach, er vermisse die Mutter. Bezüglich der Betreuungssituation beschreibt sie, dass der Vater jetzt habe Ferien nehmen können, um den Sohn zu betreuen. Seit er wieder arbeiten müsse, komme die Schwiegermutter, um den Sohn über Mittag zu verpflegen. Dass der Sohn sich nur sehr langsam an neue Personen gewöhne, mache eine Fremdbetreuung schwierig.

Kommunikation: Frau D bespricht ihre Krankheit nicht mit ihrem Sohn. Sie werde vom Sohn manchmal gefragt, warum ihr Blick ins Leere gehe oder sie mit den Füßen nervös wippe, worauf sie ihm sage, dass sie nachdenke oder etwas nervös sei. Sie meint, dass sie zu diesem Zeitpunkt selber ja gar nicht gewusst habe, was mit ihr los sei. Sie gibt aber auch an, dass sie keine Probleme habe, die richtigen Worte zu finden, sie würde es ihm erklären, wenn er fragen würde. Ansonsten spreche sie mit dem Partner oder anderen Personen sehr offen über die Krankheit, es sei ja normal, dass so etwas passieren könne.

Erfahrung mit Hilfen: Frau D ist nicht mit dem Hilfesystem der Schweiz vertraut. Sie sagt, dass es dies in ihrem Heimatland nicht gebe und dass sie es interessant finde. Der Sohn sei jedoch schon einmal für 2 Jahre bei einer Psychologin gewesen, was sie als gut erlebt habe. Sie würde ihn da wieder anmelden, wenn es ein Problem gäbe. Die Situation, dass ihre Schwiegermutter jetzt einen Teil der Betreuung übernimmt, findet sie gut. Auch dass der Partner eingesprungen ist, scheint eine gute Lösung zu sein. Sie erwähnt jedoch, dass dieser auch an die Grenzen seiner Kraft komme und auch die Schwiegermutter das Angebot auf 2 Wochen begrenzt habe, weil es ihr sonst zu viel würde.

Wünsche in Bezug auf Hilfe: Frau D hat vor allem den Wunsch, nicht auf Hilfe angewiesen zu sein und es nach dem Klinikaufenthalt selber wieder zu schaffen. Ansonsten berichtet sie, dass Freundinnen aus der Heimat anreisen und sie unterstützen könnten. Hilfe aus ihrem Bekanntenkreis wäre ihr bei Bedarf am liebsten.

Generelle Einstellung gegenüber Hilfen: Frau D ist den meisten Angeboten gegenüber nicht abgeneigt, muss aber immer wieder sehr betonen, dass sie hofft und darum kämpft, diese nicht zu brauchen. Falls sie Hilfe bräuchte, würde sie diese wohl eher beim privaten Umfeld suchen, als eine Hilfestelle anzufragen.

Einstellung gegenüber spezifischen Hilfen: Frau D findet viele Angebote interessant, kann sich aber kaum vorstellen, solche in Anspruch zu nehmen. Dies einerseits, weil sie es aus kulturellen Gründen nicht so kennt, aber auch, weil es ihr schwerfällt, sich den Bedarf nach solcher Hilfe überhaupt vorzustellen. Aufgrund ihrer Krankengeschichte hat vor dem Klinikaufenthalt kein Bedarf bestanden und sie geht davon aus, wieder voll funktionieren zu können. Bezogen auf ihre Situation sagt sie, dass eine Entlastung auch nichts gebracht hätte, weil sie ärztliche Hilfe benötigte.

Die Idee einer Mutter-Kind-Station findet sie sehr attraktiv, gerade weil bei ihr die Betreuungssituation so unklar ist.

Hindernisse bei der Inanspruchnahme von Hilfe: Frau D nennt vor allem finanzielle Gründe als Hindernis. Aber auch, dass ihr Sohn sehr scheu sei und sich nur schwer an fremde Personen gewöhne.

Informationsbeschaffung: Frau D würde sich über ihr soziales Umfeld Hilfe holen.

Situation in Klinik: Frau D hat fast jeden Tag in der Klinik Besuch vom Sohn und sie telefonieren auch oft. Der Sohn spiele dann im Aktivierungszimmer und sie sei einfach dabei. Was sie sich wünschte, wäre ein Spielzimmer und Spielzeug, wo die Kinder spielen könnten und die Erwachsenen eine Sitzgelegenheit hätten.

Proband E

Datum:	22.01.2014	Dauer des Interviews:	27 Min
Interviewleitung:	R. Kühnis	Weitere Anwesende:	-
<hr/>			
Proband (Kürzel):	E	Alter:	zw. 25-30
Geschlecht:	m	Nationalität:	CH
Diagnose (falls bekannt):			Sucht
<hr/>			
Anzahl Kinder:	1	Wohnhaft bei:	Pflegefamilie
Geschlecht:	w	Alter:	3
<hr/>			

Bemerkungen zum Gespräch

- Herr E erteilte bereitwillig Auskunft und schilderte seine Situation offen und ruhig.
- Die Stimmung im Gespräch war gut.
- Das erste Jahr hatte Herr E keinen Kontakt zur Tochter (Vaterschaftsabklärung). Während dieser Zeit wohnte die Tochter auch bereits bei der Grossmutter (die Mutter selber hat schwere Suchtprobleme, „geht auf die Gasse“). Im Moment befindet sich die Tochter seit rund einem halben Jahr in einer Pflegefamilie. Kontakt besteht kaum, Besuchsrecht ist nur alle 2 Monate für zwei Stunden in Begleitung. Herr E arbeitet aber darauf hin, die Tochter zu sich zu nehmen.

Fallzusammenfassung E

Aktuelle Lebenssituation / familiäre Situation: Herr E bezieht seit 12 Jahren eine IV-Rente wegen Rücken- und Knieproblemen. Er hat eine 3-jährige Tochter, die seit einem halben Jahr bei einer Pflegefamilie wohnt. Das erste Jahr hatte Herr E keinen Kontakt zur Tochter (Vaterschaftsabklärung). Während dieser Zeit wohnte die Tochter bei der Grossmutter, weil die Mutter selber schwere Abhängigkeitsprobleme hat. Das Jugendamt schaltete sich ein, weil niemand wirklich zum Kind schauen konnte und brachte das Kind in einer Pflegefamilie unter. Herr E arbeitet darauf hin, die Tochter zu sich zu nehmen.

Momentan besteht wenig Kontakt, er hat ein Besuchsrecht für zwei Stunden in Begleitung alle 2 Monate.

Auswirkungen der Doppelbelastung: Als belastende Momente im Kontakt mit der Tochter erwähnte Herr E, dass er, wenn er getrunken hatte, eher ungeduldig und schneller genervt war, wenn sie nicht gehorchte.

Auswirkungen auf die Kinder: Dies kam jedoch kaum zum Tragen, da das Kind bei der Grossmutter wohnte und Herr E kommen und gehen konnte, wie er wollte. Weiter scheint die Beziehung zur Mutter des Kindes sehr belastet.

Kommunikation: Herr E habe seine Tochter altersentsprechend nicht detailliert über seine Suchtprobleme aufgeklärt. Er habe ihr aber mehrmals gesagt, dass das, was Papa gerade trinke, nicht gut sei. Ansonsten habe er mit der Schwiegermutter und auch mit dem Jugendamt offen über seine Sucht und den Entzug gesprochen.

Erfahrung mit Hilfen: Bezüglich Hilfsangeboten kennt Herr E seit Jahren den Verein für Gassenarbeit „Schwarzer Peter“ und ist dort regelmässig in Kontakt. Auch die Anlaufstelle für Familien „Schwarzes Peterli“ hat er mit seiner Tochter aufgesucht und offenbar positive Erfahrungen gemacht. Zudem wurde die Tochter vom Jugendamt in eine Pflegefamilie gebracht und sie ist zudem in Behandlung bei einem Kinderpsychiater.

Wünsche in Bezug auf Hilfe: Herr E erwähnt, dass er gerne Unterstützung hätte beim derzeit laufenden Versuch, die Tochter wieder zu sich zu nehmen.

Generelle Einstellung gegenüber Hilfen: Herr E kann sich gut vorstellen, Hilfsangebote in Anspruch zu nehmen, wenn die Tochter bei ihm wohnen würde. Er ist gegenüber den erwähnten Hilfsangeboten offen und meint, dass er lieber Angebote in Anspruch nehme, als die Tochter zu verlieren.

Einstellung gegenüber spezifischen Hilfen: In Bezug auf Heime ist er hingegen sehr abwehrend. Er würde sich da Sorgen machen um seine Tochter, weil er selber ein Heimkind gewesen sei und schlechte Erfahrungen gemacht habe. Angesprochen auf das Kontaktieren von Behördenstellen lehnt er ab. Er meint, er würde sich bei Problemen an den Kinder- und Jugendpsychologen wenden.

Hindernisse bei der Inanspruchnahme von Hilfe: Herr E findet positiv im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Hilfe, dass man sich seiner Schwächen bewusst sei. Eher negativ empfindet er, dass man einen „Seelenstriptease“ machen und alles offenlegen müsse. Er meint jedoch, wenn das richtig gemacht sei, lohne es sich. Eine gewisse

Angst, man könnte das Kind wegnehmen, bestätigt er, denkt aber, dass man im Normalfall Hilfe bekomme, wenn man danach suche.

Informationsbeschaffung: Herr E würde es vorziehen, selber nach Hilfe zu suchen. Dazu würde er sich mit dem Psychiater austauschen und erwarten, dass ihn dieser bei Bedarf weiterverweise.

Situation in Klinik: Während des Klinikaufenthaltes war es kaum ein Thema, dass Herr E Vater sei. Er selber habe aber kein Bedürfnis, seine Sorgen zu besprechen und möchte sich lieber auf sich selber konzentrieren, um dann gestärkt zu sein, damit er seine Tochter zu sich nehmen könne. Ein Besuch der Tochter in der Klinik kann er sich gar nicht vorstellen. Er möchte nicht, dass die Tochter das Ambiente miterlebt. Er denkt, sie sei zu klein, um so was zu sehen.

Probandin F

Interviewdatum:	29.01.2014	Dauer des Interviews:	50 Min
Interviewleitung:	R. Kühnis	Weitere Anwesende:	-
<hr/>			
Proband (Kürzel):	F	Alter:	ca. 35 Jahre
Geschlecht:	w	Nationalität:	CH
Diagnose (falls bekannt):	Angststörung, Panikanfälle, Reizüberflutung		
<hr/>			
Anzahl Kinder:	1	Wohnhaft bei:	Vater und Mutter
Geschlecht:	m	Alter:	4
<hr/>			

Bemerkungen zum Gespräch

- Frau F erklärte sich bereit zum Gespräch, als wir in der Morgenrunde von der Studie erzählten.
- Sie war sehr freundlich, auskunftsbereit und reflektiert. Die Stimmung während des Gesprächs war angenehm.
- Frau F bezieht seit mehreren Jahren wegen der psychischen Probleme eine IV-Rente. Sie ist Hausfrau und grösstenteils für die Kinderbetreuung zuständig.
- Frau F füllte eine Hilfskarte aus, welche ans KJPK weitergeleitet wurde.

Fallzusammenfassung F

Aktuelle Lebenssituation / familiäre Situation: Frau F berichtet, dass sie wegen Angstzuständen, Panikattacken und Reizüberflutung seit 4 Wochen in der Klinik hospitalisiert sei. Die Erkrankung begleite sie aber schon seit rund 15 Jahren, weshalb sie auch zu 100% eine IV-Rente beziehe. In den letzten 4 Monaten sei es aber so schlimm geworden, dass sie nicht mehr alleine zu Hause sein konnte. Sie lebe zusammen mit dem Ehemann und ihrem Sohn in einem Haus. Der Ehemann arbeite 100%. Sie sei Hausfrau und hauptsächlich für die Betreuung des 4-jährigen Sohnes zuständig. Vor dem stationären Klini-

kaufenthalt sei der Sohn schon während einem Tag in die Kita gegangen, jetzt konnte sie auf 5 Tage aufstocken. Am Morgen helfen zudem die Schwiegereltern bei der Betreuung des Sohnes und sie bringen ihn in die Kita.

Auswirkungen der Doppelbelastung: Frau F berichtet, dass sie durch die Krankheit sehr eingeschränkt gewesen sei. Sie habe viel geweint, habe die Hausarbeiten nicht mehr erledigen können, habe sich nicht belastbar gefühlt und nicht mehr aus dem Haus gehen können. Zuletzt habe sie sogar den Sohn nicht mehr zur Kita bringen können, obwohl sich diese nur 5 Gehminuten von ihrem Zuhause befinde. Als grösste Belastung im Umgang mit dem Sohn gibt sie an, dass es ihr momentan kaum gelinge, ihm Grenzen zu setzen. Er sei gerade in einer Trotzphase und da lasse sie einiges durchgehen, weil sie es nicht mehr aushalten könne. Sie mache sich diesbezüglich Sorgen, dass ihr Sohn sie nicht mehr ernst nehme, was sie sehr stresse. Frau F macht sich grosse Vorwürfe, eine schlechte Mutter zu sein.

Auswirkungen auf die Kinder: Frau F berichtet über eine gereizte Stimmung und Spannungen zu Hause. Es ist ihr aufgefallen, dass ihr Sohn etwas aggressiv geworden sei. Sie beschreibt, dass er wohl nicht verstehe, was los sei mit ihr, und sich darum behaupten und Aufmerksamkeit erregen möchte. Zudem berichtet Frau F von schwierigen Trennungssituationen, bei denen der Sohn weine und die Mutter nicht gehen lassen wolle.

Kommunikation: Frau F hat versucht, dem Sohn so gut wie möglich zu erklären, wie es ihr gehe und ihm zu sagen, dass er keine Schuld an der Krankheit trage. Sie erwähnt aber, dass es ihr schwer falle, einem 4-Jährigen altersgerechte Informationen über ihren Zustand zu geben. Mit der Familie und dem näheren sozialen Umfeld kommuniziert Frau F sehr offen über ihre Krankheit und die dazugehörigen Probleme. Sie hat auch das Personal der Kita und der Spielgruppe informiert.

Erfahrung mit Hilfen: Frau F gibt an, von ihrer Schwiegermutter unterstützt worden zu sein. Es war ihr möglich, sich bei Bedarf bei den ihr nächsten Personen (Ehemann oder Schwiegermutter) auf eigene Initiative Hilfe zu holen.

Wünsche in Bezug auf Hilfe: Frau F hätte sich Hilfe von jemandem gewünscht, der sich mit psychischen Krankheiten auskennt und ihre Probleme besser verstanden hätte. Bezüglich Hilfsangeboten ist ihr zudem wichtig, die Betreuung des Sohnes nur jemandem zu übertragen, bei dem sie sicher ist, dass er sehr gut aufgehoben ist. Es ist ihr wichtig, immer zuerst für das Wohlbefinden des Sohnes zu schauen. Sie hätte sich eine ausgebildete

Person gewünscht, die für 2-3 Stunden pro Tag vorbeikommen und aushelfen würde, wo es gerade nötig sei.

Generelle Einstellung gegenüber Hilfen: Frau F berichtet, keine Kenntnisse über Hilfsangebote für psychisch kranke Eltern zu haben. Sie gibt an, sich Hilfe gewünscht zu haben.

Einstellung gegenüber spezifischen Hilfen: Bezüglich der einzelnen Hilfsangebote ist sie gegenüber den meisten Angeboten sehr offen und kann sich vorstellen, dass sie hilfreich wären. Bezüglich Hilfe für den Haushalt betont sie jedoch mehrmals, dass es sie sehr viel Überwindung kosten würde, so ein Angebot in Anspruch zu nehmen, weil es ihr wie ein Versagen vorkäme. Sie befürchtet zudem, dass andere schlecht über sie denken oder gar Zweifel an ihrer Fähigkeit als Mutter haben könnten. Wenn es um Angebote für den Sohn geht (KJP) ist Frau F skeptisch, weil sie Angst hätte, dass das Kind zu sehr beobachtet und man evt. etwas aufbauschen würde, was normal sei oder keiner Behandlung bedürfe.

Hindernisse bei der Inanspruchnahme von Hilfe: Bezüglich der Inanspruchnahme von Hilfe hat Frau F mit Versagensgefühlen zu kämpfen. Das Bedürfnis, es selber noch etwas länger zu schaffen, nennt sie als Hinderungsgrund. Zudem befürchtet sie, es könnte jemand zu stark in ihren Alltag eingreifen, einen zu grossen Einfluss auf das Kind haben oder auch, dass für sie selber noch zusätzlicher Stress entstehen würde, weil sie es den Hilfspersonen recht machen möchte (Bsp. vorher aufräumen zu müssen). Frau F beschreibt, dass es ihr einfacher gefallen wäre, Hilfe anzunehmen, wenn diese von aussen angeboten würde.

Informationsbeschaffung: Am liebsten wäre Frau F von der Psychiaterin oder vom Hausarzt über Angebote informiert worden. Sorgen oder Belastungen durch die Mutterschaft wurden nicht spezifisch besprochen, was sie sich einerseits gewünscht hätte, andererseits hatte sie auch Angst, dass man durch zu viele Massnahmen, beim Kind auch etwas kaputtmachen könnte. Der Hausarzt habe sie einmal über ein Angebot informiert.

Situation in Klinik: Auch in der Klinik ist ihre Mutterschaft kein Schwerpunkt. Frau F würde sich gerne in einer „Mami-Gruppe“ mit anderen Betroffenen austauschen oder wünschte sich, als Mutter besser auf die Belastungswochenenden vorbereitet zu sein. Auch das Angebot einer Mütterberatung würde sie gerne nutzen. Sie findet, dass die Klinik solche Angebote auch schon in der Broschüre aufführen sollte.

Als Bemerkung zum Schluss sagt Frau F nochmals, wie zentral das Thema Elternschaft für Patienten ist und dass es schwierig ist, wenn es nicht angesprochen wird. Sie wünschte sich von Fachpersonen, dass das Thema aktiver besprochen und auch Mut gemacht würde, Angebote zur Entlastung zu nutzen. Zudem sollte die Angst vor Konsequenzen (Bsp. Kindswegnahme) genommen werden.

Proband G

Datum:	30.01.2014	Dauer des Interviews:	15 Min
Interviewleitung:	R. Kühnis	Weitere Anwesende:	-

Proband (Kürzel):	G	Alter:	ca. 35
Geschlecht:	m	Nationalität:	CH
Diagnose (falls bekannt): Alkoholsucht (und Konsum anderer Substanzen), ADHS?			

Anzahl Kinder:	1	Wohnhaft bei:	Mutter
Geschlecht:	m	Alter:	11

Bemerkungen zum Gespräch

- Herr G wirkte aufgedreht, wollte das Gespräch zuerst in der Küche führen mit dem Kommentar „es wissen ja eh alle, dass ich saufe“. Ich bestand dann aber darauf, in ein Besprechungszimmer zu gehen.
- Herr G war freundlich und aufmerksam. Er sass sehr aufrecht, wippte mit den Beinen und wirkte sehr angespannt und energiegeladen. Im Gespräch wirkte er zwar offen, antwortete aber zum Teil wenig reflektiert
- Bezüglich Hilfsangebote konnte er kaum etwas sagen. Einerseits, weil er seinen Sohn nur 2x pro Monat für ein Wochenende sieht und das auch erst seit kurzem wieder (vorher hat kein Kontakt bestanden) und andererseits sagt er, dass keinerlei Probleme durch das Vatersein oder im Kontakt mit dem Kind bestehen.
- Das Gespräch wurde aus oben genannten Gründen abgekürzt, einige Fragen wurden gänzlich ausgelassen. Herr G war erstaunt, als ich das Gespräch beendete, er habe mit einer ganzen Stunde gerechnet, sei aber froh, dass es vorbei sei, weil er nicht gerne still sitze und rede.

Fallzusammenfassung G

Aktuelle Lebenssituation / familiäre Situation: Herr G ist ungefähr 35 Jahre alt und arbeitet als Maurer. Er ist für einen Alkoholentzug in der Klinik. Er berichtet, auch andere

Drogen konsumiert zu haben, von denen er aber alleine losgekommen sei. Er sei seit 13 Jahren alkoholabhängig und finde den Entzug schwierig, weil er alltäglich mit der Droge konfrontiert sei. Sein Vater war auch Alkoholiker. Er hat einen 11-jährigen Sohn, der bei der Mutter lebt. Zeitweise hat kein Kontakt zum Kind bestanden, seit einigen Monaten sieht er den Sohn wieder, momentan jedes zweite Wochenende.

Auswirkungen der Doppelbelastung: Herr G sagt, dass die Alkoholsucht „so ziemlich alles kaputt macht“. Er hat den Sohn über lange Zeit nicht mehr gesehen und Ausreden erfunden, weil er lieber an Parties und trinken ging.

Auswirkungen auf die Kinder: Als Auswirkungen seiner Krankheit auf den Sohn beschreibt Herr G, dass er den Sohn vernachlässigt habe: „Wenn man vernachlässigt, was soll er da noch spüren?“. Im direkten Kontakt mit dem Sohn beschreibt er keine Belastungen oder Auswirkungen seiner Krankheit, verneint diese sogar vehement. Er habe auch nie getrunken, wenn der Sohn bei ihm war. Herr G sagt, er sei ein „ausgewechselter Mensch“, wenn er nicht trinke. Zudem beschreibt er sich als hyperaktiv und er hätte mit dem Sohn immer etwas unternommen. Herr G erwähnt einmal beiläufig, dass er sich wünsche, der Sohn habe andere Gene als er.

Kommunikation: Herr G hat seinem Sohn an Weihnachten von seiner Krankheit erzählt. Er findet es wichtig, dass dieser Bescheid weiss und sagt, er sei jetzt alt genug und werde wohl selber bald damit in Kontakt kommen. Sein Sohn habe offenbar ungläubig reagiert; er hätte nicht gedacht, dass Herr G alkoholsüchtig ist. Weiter hat er sich einer Psychologin anvertraut. Er erwähnt, dass nur eine Fachperson seine Krankheit verstehen könne und er darum nicht mit anderen Personen darüber reden möchte. Mit ihr habe er auch das Thema Vaterschaft angesprochen.

Erfahrung mit Hilfen: Herr G sagt angesprochen auf Hilfsangebote, dass er seine Psychologin habe und ihm dies auch ausreiche.

Wünsche in Bezug auf Hilfe: Herr G kann sich keine Hilfe vorstellen, die er sich wünschen würde. Weil er den Sohn nur jedes zweite Wochenende sieht, kann er sich gut organisieren und plant jeweils Ausflüge. Zudem sei seine aktuelle Freundin eine Unterstützung.

=> **Spezifische Hilfsangebote wurden nicht abgefragt.**

Informationsbeschaffung: Bei allfälligen Problemen würde er sich mit seiner Psychologin in Verbindung setzen und diese solle ihn dann bei Bedarf weiterüberweisen.

Situation in Klinik: In der Klinik wurde Herr G nicht auf seine Vaterschaft angesprochen. Er erwähnte aber, dass er sowieso keine Gespräche habe, weil er eigentlich nur für den Entzug in der Klinik sei. Er hätte sich auch nicht gewünscht, seine Vaterschaft mit jemandem zu besprechen. Auch Besuche des Sohnes lehnt er vehement ab. Er findet es sehr schlimm, in der Klinik sein zu müssen, nennt den Aufenthalt den „letzten Notschirm“ und möchte nicht, dass sein Sohn „solche Dinge“ sieht.

Proband H

Datum:	31.01.2014	Dauer des Interviews:	65 Min
Interviewleitung:	R. Kühnis	Weitere Anwesende:	-

Proband (Kürzel):	H	Alter:	ca. 40
Geschlecht:	m	Nationalität:	CH
Diagnose (falls bekannt): Depression (2. Episode)			

Anzahl Kinder:	2	Wohnhaft bei:	Eltern
Geschlecht:	m	Alter:	11
Geschlecht:	w	Alter:	8

Bemerkungen zum Gespräch

- Herr H hat sich sofort zur Verfügung gestellt, am Interview teilzunehmen. Er sagte, er finde das Thema wichtig und wolle gerne bei der Studie mithelfen.
- Er war sehr aufmerksam und konzentriert während des Gesprächs, hat sich seine Antworten zum Teil lange überlegt und differenziert von seinen Erfahrungen erzählt.

Fallzusammenfassung H

Aktuelle Lebenssituation / familiäre Situation: Herr H ist ca. 40 Jahre alt, verheiratet, hat zwei Kinder (m 11, w 8). Er arbeitet 80% und ist am Freitag zu Hause, schickt die Kinder zur Schule, macht Haushalt, kocht und plant den Nachmittag mit den Kindern.

Auswirkungen der Doppelbelastung: Herr H beschreibt, dass es ihm phasenweise nicht mehr gelungen sei, einen Tagesrhythmus einzuhalten. Zudem sei er ungeduldiger gewesen und habe manchmal auch fast etwas die Nerven verloren. Bezüglich Aktivitäten sei er weniger initiativ gewesen. Er beschreibt auch Konflikte mit der Ehefrau, weil er sehr empfindlich auf alles reagiert habe. Aber auch finanzielle Sorgen und Zukunftsfragen haben ihn beschäftigt.

Auswirkungen auf die Kinder: Herr H äussert die Vermutung, dass sich sein Sohn für die Krankheit des Vaters verantwortlich fühle. Er hat auch das Gefühl, dass der Sohn versuche, sich angepasst zu verhalten, während die Tochter eher etwas rebellisch reagiere. Herr H sagt, dass er sich manchmal schon Sorgen mache, was die Krankheit für Auswirkungen auf die Kinder haben könnte. Was er aber als positiv beschreibt ist, dass er während der ersten Episode mehr Zeit mit den Kindern verbrachte, was ihn näher zu ihnen brachte.

Kommunikation: Herr H beschreibt mehrmals, dass es ihm schwer gefallen sei, mit den Kindern über seine Krankheit zu sprechen, er habe aber immer wieder versucht, offen zu kommunizieren, was mit ihm los sei. Auch mit der Familie und dem näheren Umfeld habe er offen darüber gesprochen.

Erfahrung mit Hilfen: Die Eltern von Herr H haben die Betreuung der Kinder am Freitag übernommen. Bezüglich seiner Schwierigkeiten, die Krankheit mit den Kindern zu besprechen, hat seine Psychotherapeutin ihn gecoacht, wie er das machen könnte. Zudem hat er das Buch „der schwarze Hund“ mit den Kindern gelesen. Herr H wandte sich bezüglich seiner Probleme auch an einen Seelsorger (vermittelt von seiner Kirchgemeinde), was er als sehr hilfreich empfand.

Wünsche in Bezug auf Hilfe: Herr H beschreibt die Kommunikation mit den Kindern trotz Hilfe der Psychotherapeutin als schwierig. Er könnte sich vorstellen, zusammen mit den Kindern zu ihr zu gehen und zu reden.

Generelle Einstellung gegenüber Hilfen: Herr H hätte es positiv empfunden, Hilfe angeboten zu erhalten. Er war jedoch unschlüssig, ob er es hätte annehmen können. Zudem hat er Bedenken, ob das Organisieren von Hilfe und das Einhalten von Terminen nicht wiederum viel Stress auslösen könnte.

Einstellung gegenüber spezifischen Hilfen: Herr H kann sich viele Hilfsangebote als sehr hilfreich vorstellen. Er sagt jedoch auch, dass in seiner Situation die meisten Angebote nicht nötig seien, weil er sich privat arrangieren konnte. Bezüglich Übernahme der Kinderbetreuung für z.B. ein Wochenende ist er skeptisch, weil er einerseits gerne mit den Kindern zusammen ist und andererseits das Organisieren auch wieder Aufwand bedeutet. Behörden gegenüber ist er eher skeptisch, was er auf mangelnde Informationen zurückführt. Zudem schreckt ihn die Bürokratie ab.

Hindernisse bei der Inanspruchnahme von Hilfe: Herr H hat sich einmal überlegt, eine kantonale Beratungsstelle aufzusuchen. Er hatte jedoch keine Energie, seine Geschichte

an einem weiteren Ort zu erzählen. Er wollte auch Doppelspurigkeiten vermeiden. Zudem möchte er vermeiden, einen Termin nach dem anderen und zu viel Aufwand mit der Organisation zu haben. Weiter nennt er finanzielle Aspekte als Hinderungsgrund. Im Zusammenhang mit der Unterstützung durch Privatpersonen nennt er Bedenken, dass die Helfer dann zu sehr belastet würden und selber Probleme kriegten.

Informationsbeschaffung: Herr H hat in seiner Kirchengemeinde von seiner Krankheit erzählt. Diese haben ihm dann verschiedene Unterstützungsangebote vorgestellt, was er hilfreich fand, weil er selber sich nicht auskannte. Während akuten Phasen hätte sich Herr H gewünscht, dass ihm jemand Hilfe angeboten hätte, ansonsten würde er sich lieber selber um Hilfe kümmern.

Situation in Klinik: In der Klinik hat Herr H bisher noch nicht ausführlich über seine familiäre Situation gesprochen. Er ist aber auch erst seit kurzem dort und hofft / erwartet eigentlich, dass dies noch kommt. Er scheint diesbezüglich auf die Initiative des Klinikpersonals zu warten. Die Kinder waren in der Klinik bereits zu Besuch. Herr H hat das selber organisiert, weil es ihm wichtig war, dass die Kinder wissen, wo er sich aufhält. Er kann sich auch gut vorstellen, an einer „Elternsprechstunde“ oder einer „Eltern-Gruppe“ teilzunehmen. Herr H vermisst in der Klinik, dass die Räume und die Umgebung wenig kinderfreundlich sind. Eine Spielecke oder ein Spielplatz fände er gut.

Probandin I

Datum:	03.02.2014	Dauer des Interviews:	48 Min
Interviewleitung:	S. Luzi	Weitere Anwesende:	-
<hr/>			
Proband (Kürzel):	I	Alter:	ca. 45 Jahre
Geschlecht:	w	Nationalität:	CH
Diagnose (falls bekannt):	Depression, Borderline-Anteile, ADS		
<hr/>			
Anzahl Kinder:	3	Wohnhaft bei:	Heim, Mutter, alleine
Geschlecht:	m	Alter:	14
Geschlecht:	m	Alter:	18
Geschlecht:	m	Alter:	20
<hr/>			

Bemerkungen zum Gespräch

- Frau I meldete sich zwei Tage nach der Morgenrunde in der S. für ein Interview.
- Sie machte einen gepflegten Eindruck und hatte ein Tattoo am Hals. Sie war sehr freundlich und auskunftsbereit.
- Sie erklärte vor dem Interview, dass ihr jüngster Sohn im Schulheim sei und sie daher das Interview spannend fände.
- Ihre grosse Belastung und Überforderung in den letzten 13 Jahren war während des Gesprächs spürbar.
- Nach dem Gespräch erwähnte sie noch einen Fall in ihrem Bekanntenkreis, in dem die KESB auch nicht interveniere.
- Sie bedankte sich für das Gespräch und dafür, dass ich sie ernst genommen hätte. Sie bat mich um eine Liste mit Hilfsangeboten und fragte mich, ob sie die Arbeit nach Fertigstellung lesen dürfe. Sie interessierte sich sehr für die Thematik.

Fallzusammenfassung I

Aktuelle Lebenssituation/familiäre Situation: Frau I. hat drei Söhne im Alter von 14, 18 und 20 Jahren und ist seit 13 Jahren geschieden. Der jüngste Sohn ist in einem Schulheim, der mittlere lebt nach vier Jahren beim Vater wieder bei Frau I. und der älteste ist bereits ausgezogen. Aufgrund der elterlichen Konflikte sei seit der Scheidung die Vormundschaft involviert. Frau I. ist zum zweiten Mal in einer psychiatrischen Klinik. Sie hat die Diagnosen Depression, Borderline und ADS. Nachdem sie aufgrund des ersten Klinikaufenthaltes ihren Job im Labor verloren hatte, absolvierte sie ein Integrationsprogramm der IV.

Auswirkungen der Doppelbelastung: Frau I. berichtete im Interview von einer starken Überforderung insbesondere nach der Trennung von ihrem Ex-Mann. Da sie nicht mehr vom Sozialamt leben wollen, habe sie eine 100%-Stelle angenommen. Der Kindsvater habe die Zahlungen eingestellt, worauf sie finanzielle Existenzängste bekommen habe. Ihr Ex-Mann habe sie ständig und vor den Kindern fertig gemacht, es sei ein Psychoterror gewesen. Als sie gearbeitet habe, sei das ganze Paket mit der Arbeit und der Kinderbetreuung permanent belastend gewesen. Frau I. betonte im Gespräch immer wieder die Überforderung der Behörden, mit welchen sie in Kontakt war und die Belastung, die dadurch für sie entstanden war.

Auswirkungen auf die Kinder: Aufgrund der Überlastung von Frau I. sei der jüngste Sohn ins Schulheim und der mittlere zeitweise zum Vater gekommen. Frau I. beschrieb, dass die Buben sie schützen wollen und z.B. der jüngste bei ihr sehr lieb sei, dafür im Heim aber „die Sau rauslasse“.

Kommunikation: Frau I. habe offen mit den Kindern über ihre Erkrankung geredet, aber sie glaube nicht, dass sie es verstünden. Ausserhalb der Familie habe sie höchstens mit guten Freunden geredet. Sie habe viel Unverständnis und Kündigungen von Freundschaften erlebt, sodass sie sich eher zurückgezogen habe.

Erfahrung mit Hilfen: Frau I. habe bereits diverse Hilfsangebote in Anspruch genommen. Positive Erfahrungen habe sie mit einer von der Behörde eingesetzten sozialpädagogischen Familienbegleiterin gemacht. Mit dem Schulheim des Sohnes sei sie mehr oder weniger zufrieden. Vor allem mit der KESB, dem Sozialdienst und dem Sozialamt habe sie sehr schlechte Erfahrungen gemacht. Diese seien überfordert und oft nicht erreichbar gewesen, hätten sie nicht ernst genommen. Das kurz in Anspruch genommene Tagesheim sei finanziell nicht zahlbar gewesen. Die Idee eines Mediators habe ihr Mann abgelehnt.

Wünsche in Bezug auf Hilfe: Frau I. wünscht sich, dass die Behörden besser hinschauen und hinhören, wenn jemand wie sie in Not sei. Wenn es soweit komme, dass Kinder fremdplatziert werden müssen, müssten ihrer Meinung nach alle an einen Tisch geholt werden. Sie persönlich könnte eine Ansprechperson gebrauchen, welche ihr bei den Rechnungen, Zahlungen, Briefen, etc. helfen würde. Sie wünscht sich, dass der Vater von den Behörden und der Schule mehr zur Rechenschaft gezogen würde.

Generelle Einstellung gegenüber Hilfen: Frau I. ist Hilfen gegenüber sehr negativ eingestellt, da sie viele schlechte Erfahrungen gemacht hat. Solange ihr Ex-Mann nicht mit Hilfe, seien jegliche Hilfsangebote nutzlos. Sie erlebt Hilfesysteme als überfordert und überlastet.

Einstellung gegenüber spezifischen Hilfen: Eine Haushaltshilfe hätte Frau I. geschätzt. Zur Vorbeugung habe sie die Kinder vom KJPD abklären lassen. Beratungsstellen habe sie nicht in Anspruch genommen, da es ja um die Kinder und nicht um sie gegangen sei und diese sowieso nichts gebracht hätten. Die Idee von Eltern-Kind-Stationen findet Frau I. toll. Einstellung bezüglich Behörden siehe oben. Freunde und Verwandte habe sie nicht mehr fragen können, da sie diese nicht mehr belasten wollte und sie erlebt habe, dass ihr Hilfe abgeschlagen worden sei.

Hindernisse bei der Inanspruchnahme von Hilfe: Da bei Frau I. längere Zeit keine Diagnose feststand und sie aus psychiatrischen Gründen keine finanzielle Unterstützung erhielt, habe sie viele Angebote nicht angeschaut (z.B. Spitex), da sie diese nicht hätte finanzieren können. Sie hätte aus zeitlichen Gründen keine Kapazität gehabt, einen Psychiater aufzusuchen, auch wenn sie dies hilfreich gefunden hätte. Frau I. empfand es als belastend, immer allen neuen Hilfeanbietern ihre ganze Geschichte erzählen zu müssen.

Informationsbeschaffung: Frau I. würde sich über das Internet über Hilfsangebote informieren. Nachdem das Tonband abgestellt wurde, berichtete sie allerdings, wie schwierig es sei, dort hilfreiche Seiten zu finden.

Situation in der Klinik: Frau I. habe telefonischen Kontakt zu ihren Kindern und sehe sie am Wochenende. Wären die Kinder kleiner gewesen, wäre sie nicht in die Klinik gekommen, da sie sich ansonsten nicht auf ihr Problem hätte konzentrieren können. Frau I. hatte nach der Morgenrunde, an der wir unser Projekt vorgestellt hatten, den Oberarzt der Klinik um ein Gespräch für sich und ihren mittleren Sohn gebeten.

Probandin J

Datum:	05.02.2014	Dauer des Interviews:	49 Min
Interviewleitung:	S. Luzi	Weitere Anwesende:	-
<hr/>			
Proband (Kürzel):	J	Alter:	ca. 45 Jahre
Geschlecht:	w	Nationalität:	Ital./ USA/ CH
Diagnose (falls bekannt):	Depression, Borderline		
<hr/>			
Anzahl Kinder:	4	Wohnhaft bei:	siehe unten
Geschlecht:	?	Alter:	26 (USA, KV)
Geschlecht:	?	Alter:	18 (USA, KV)
Geschlecht:	w	Alter:	18 (Eltern)
Geschlecht:	m	Alter:	12 (Eltern)
<hr/>			

Bemerkungen zum Gespräch

- Frau I meldete sich nach der Morgenrunde und machte ein Gespräch in der nachfolgenden Woche ab.
- Sie machte einen gepflegten Eindruck, war sehr freundlich und auskunftsbereit. Zu Beginn gab sie eher knappe Antworten, wurde dann aber offener.
- Sie sagte von sich aus, dass sie gerne etwas zu unserer Arbeit beitragen wolle.
- Sie sprach mit englischem Akzent. Darauf angesprochen sagte sie vor dem Interview, dass sie zwar aus Italien komme, aber lange im englischsprachigen Raum gelebt habe. Z.T. war die Kommunikation daher ein wenig schwierig.
- Nach dem Interview füllte sie die Hilfekarte der KJPK aus und beabsichtigte, den Kinder- und Jugendpsychiater der Klinik um ein Gespräch zu bitten.
- Das Gespräch drehte sich vor allem um den jüngsten Sohn, da er noch am meisten Betreuung benötigt.

Fallzusammenfassung J

Aktuelle Lebenssituation/ familiäre Situation: Frau J. lebt gemeinsam mit ihrem zwölfjährigen Sohn, ihrer 18-jährigen Tochter und ihrem Mann im Kanton Baselland. Sie hat zwei erwachsene Kinder aus erster Ehe, die in Amerika wohnen. Frau J. leidet unter Depressionen und hat eine diagnostizierte Borderline-Störung. Frau J. arbeitet als Pflegehelferin und ist für den Haushalt und die Kinderbetreuung verantwortlich.

Auswirkungen der Doppelbelastung: Frau J. erzählt eindrücklich, wie sich ihre Erkrankung auf den Alltag ausgewirkt habe. Sie habe viel geweint, sei kaum aus dem Bett gekommen, habe den Haushalt mehr schlecht als recht gemacht und sei deswegen auch krankgeschrieben worden. Zurzeit stehe ihre Arbeitsstelle aufgrund des Klinikaufenthalts in Gefahr. Frau J. macht sich Sorgen um ihre Kinder und betonte im Laufe des Gesprächs immer wieder, dass sie viele Schuldgefühle habe.

Auswirkungen auf die Kinder: Der zwölfjährige Sohn sei sehr artig, angepasst und gut in der Schule. Sie beide hätten ein sehr enges Verhältnis. Er habe viel von ihrer Depression mitbekommen. Frau J. hat Angst, dass ihre Tochter dasselbe wie sie habe, da sie auch viel weine.

Kommunikation: Frau J. erklärte ihrem Sohn, dass er keine Schuld an ihrer Erkrankung habe und dass sie zu wenig Serotonin im Kopf habe. Sie hat aber das Gefühl, dass er noch zu wenig von ihrer Krankheit verstehe. Mit anderen Personen ausserhalb rede sie eher wenig über ihre Krankheit. Sie sei recht isoliert und habe wenige Bekannte in der Schweiz.

Erfahrung mit Hilfen: Frau J. geht zu einem Erwachsenenpsychiater, der ihr die Klinik empfohlen habe, wofür sie ihm dankbar sei. Vor einigen Jahren habe sie Muttermundkrebs gehabt und eine Haushaltshilfe erhalten, die sie als sehr hilfreich empfunden habe. Sie sei vor einigen Jahren mit ihren Kindern beim KJPD gewesen. Die Abklärung, die dort stattgefunden habe, habe sie als hilfreich erlebt, aber sie hätte sich eine kontinuierliche Begleitung gewünscht. Ihre Tochter sei während der Schule von einer Psychologin betreut worden, was sie als hilfreich erlebt habe.

Wünsche in Bezug auf Hilfe: Frau J. wiederholte im Interview mehrfach, dass sie sich von einer Fachperson Unterstützung für ein Gespräch mit ihrem Sohn wünsche, damit er verstehe, was für eine Krankheit sie habe. Sie wünscht sich zudem, dass jemand ihr hilft, ihre Stimmung „halten“ zu können. Sie sei sich bewusst, dass das unbezahlbar sei, aber wenn jemand während des Klinikaufenthalts über Mittag bei ihrem Sohn wäre, ihn bekochen und mit ihm Hausaufgaben machen würde, wäre das für sie super.

Generelle Einstellung gegenüber Hilfen: Frau J. betont, dass sie sich über Hilfsangebote freuen würde. Sie würde sie annehmen, wenn sie von aussen an sie herangetragen würden.

Einstellung gegenüber spezifischen Angeboten: Eine Haushaltshilfe, sozialpädagogische Familienbegleitung, Beratungsstellen, KJD, etc. würde sie in Anspruch nehmen. Sie betont allerdings mehrfach, dass sie v.a. Hilfe bei der Erklärung brauche. Ihre Kinder seien gut erzogen und sie möchte nicht, dass Angebote wie ein Tagesheim oder ein Eltern-Kind-Heim ihren Sohn noch zusätzlich belasten würden.

Hindernisse bei der Inanspruchnahme von Hilfe: Ein grosses Hindernis sieht Frau J. in ihrer Depression. Es sei schwierig und anstrengend, sich aktiv Hilfe zu holen. Schuldgefühle ihrem Sohn gegenüber verhindern, dass sie ihn z.B. in ein Tagesheim schicke, da sie denke, ihn so noch zusätzlich zu belasten. Sie habe Angst, dass eine offizielle Behörde ihr das Kind wegnehmen könnte und man sie stigmatisieren würde.

Informationsbeschaffung: Frau J. meinte, sie wisse nicht, wo sie sich Informationen einholen könnte. Sie würde aber nach dem Klinikaufenthalt mit ihrem Psychiater über ihren Sohn reden und da allenfalls einen gemeinsamen Termin abmachen. Über Angebote von aussen würde sie sich freuen.

Situation in Klinik: Frau J. telefoniere täglich mit ihrem Sohn und sehe ihn am Wochenende. Sie habe ihm Fotos von der Klinik gezeigt, er habe sie aber noch nie dort besucht, da es für ihn zu belastend wäre. Von der Klinik wünscht sie sich, dass jemand ihrem Sohn ihre Erkrankung erklären würde. Ihre Elternschaft sei bisher noch nicht thematisiert und es seien keine Angebote vermittelt worden.

Proband K

Datum:	05.02.2014	Dauer des Interviews:	37 Min
Interviewleitung:	S. Luzi	Weitere Anwesende:	-

Proband (Kürzel):	K	Alter:	ca. 42 Jahre
Geschlecht:	m	Nationalität:	CH
Diagnose (falls bekannt):	Drogeninduz. Psychose, Depression, Sucht		

Anzahl Kinder:	2	Wohnhaft bei:	Mutter
Geschlecht:	w	Alter:	11
Geschlecht:	w	Alter:	12

Bemerkungen zum Gespräch

- Herr K. machte einen gepflegten Eindruck.
- Er war im Gespräch offen und auskunftsbereit.
- Herr K. kam ins Zimmer und fragte von Beginn weg, ob seine Aussagen irgendwelche Konsequenzen haben würden, was ich verneinte.
- Er wird seit 22 Jahren psychiatrisch behandelt. Dies zeigt sich in seinem Verhalten. Er scheint ein „alter Hase“ in der Psychiatrie zu sein.
- Am Schluss scheint er recht erstaunt, dass das Interview nicht so lange gedauert hat. Er fragt mich, ob er etwas Persönliches fragen dürfe: Weshalb ich Psychologie und nicht Psychiatrie studiert hätte. Meint, damit hätte ich immer eine 2 auf dem Rücken. Wünscht uns alles Gute für unsere Zukunft.

Fallzusammenfassung K

Aktuelle Lebenssituation/familiäre Situation: Der heute 42-jährige Herr K. erkrankte im Alter von 19 Jahren an einer drogeninduzierten Psychose. Seither leide er zusätzlich unter Depressionen, posttraumatischen Störungen, Suchtmittel- und Medikamentenmiss-

brauch, weswegen er seit 8 Jahren IV-Leistungen beziehe. Herr K. sei bereits mehrfach in verschiedenen Kliniken gewesen, zurzeit mache er einen Benzodiazepin-Entzug. Herr K. hat zwei Mädchen im Alter von 11 und 12 Jahren und lebe getrennt von der Ex-Partnerin, welche das Sorgerecht habe. Er habe zur Mutter der Kinder ein sehr gutes Verhältnis und sehe die Kinder zwei- bis dreimal in der Woche. Wichtige Entscheidungen würden sie gemeinsam fällen.

Auswirkungen der Doppelbelastung: Als die Kinder kleiner waren und Herr K. noch bei ihnen gewohnt habe, sei er durch seine Arbeit sehr belastet gewesen. Die Kinder hätten Koliken und Einschlafprobleme gehabt, was anstrengend gewesen sei. Ansonsten habe er aber wenige belastende Situationen erlebt und die Elternschaft als sehr bereichernd empfunden.

Auswirkungen auf die Kinder: Herr K. berichtete wenig von direkten Auswirkungen seiner Erkrankung auf seine Kinder. Er habe sie ab und zu gefragt, ob sie merkten, dass er trinke. Zurzeit habe seine ältere Tochter Probleme in der Schule, da sie dort gemobbt würde. Er meint, sie sei genau so sensibel wie er und es könne gut sein, dass bei ihr eine Gefahr bestehe, ins falsche Fahrwasser zu kommen (mit Alkohol, Kiffen, etc.).

Kommunikation: Herr K. habe seine Töchter über seine Erkrankung informiert und sie hätten einmal als Familie mit einem Kinder- und Jugendpsychologen der Klinik ein Gespräch gehabt. Ausserhalb der Familie spreche er aufgrund einer schlechten Erfahrung nur wenig über seine Krankheit oder „rede um den heissen Brei herum“.

Erfahrung mit Hilfen: Seine Eltern würden ihn sehr unterstützen. Seine Schwester habe dies früher auch getan, heute hätten sie ein schwieriges Verhältnis. Vor den Geburten der Kinder hätten sie eine Verwandte gehabt, die ihnen im Haushalt geholfen habe. Eine einmalige Paartherapie habe wenig gebracht. Seine Ex-Partnerin gehe zur Zeit mit den Kindern zu einem Facharzt, da ihr alles zu viel geworden sei. Er selber sei bei einem Psychiater und werde sich nach der Klinik mit dem Sozialdienst in Verbindung setzen, da er das Geld nicht „im Griff“ habe.

Wünsche in Bezug auf Hilfe: Am Schluss des Gesprächs sagt Herr K. mit Nachdruck, dass er sich von Therapeuten wünsche, dass sie nicht das Gefühl hätten, das Rad neu erfinden zu müssen, sondern die Akten durchlesen und die ganze Krankheitsgeschichte integrieren würden.

Generelle Einstellung gegenüber Hilfen: Herr K. äussert mehrfach, dass er sich keine Hilfe gewünscht hätte und dass er und seine Ex-Partnerin Hilfe in Anspruch genommen

hätten, wenn es nötig gewesen wäre. Er habe Mühe, wenn ihm jemand von aussen Hilfe aufdrängen würde.

Einstellung gegenüber spezifischen Hilfen: Eltern-Kind-Stationen steht Herr K. skeptisch gegenüber, da er jemanden mit schlechten Erfahrungen kennt. Ansonsten ist er offen für Angebote, sieht aber im Moment für sich keine Notwendigkeit.

Hindernisse bei der Inanspruchnahme von Hilfe: Herr K. äusserte wenige Befürchtungen oder Ängste in Bezug auf die Inanspruchnahme von Hilfsangeboten. Er betonte aber, dass er Mühe habe, wenn andere sagten, was er brauche. Wenn etwas als Angebot deklariert würde, sei es anders.

Informationsbeschaffung: Hilfe würde er sich wenn nötig über die Familie oder über das Telefon suchen.

Situation in der Klinik:

Er wünscht sich kein zusätzliches Hilfsangebot von der Klinik, ausser, dass in der Therapie Angebote bezüglich Unterstützungsangeboten gemacht würden. In der Klinik habe er telefonischen Kontakt zu seinen Kindern und er sehe sie am Wochenende. Besuche würden zeitlich nur wenige drin liegen, hätten aber schon stattgefunden.

Probandin L

Datum:	18.02.2014	Dauer des Interviews:	33 Min
Interviewleitung:	S. Luzi	Weitere Anwesende:	-

Proband (Kürzel):	L	Alter:	ca. 45
Geschlecht:	w	Nationalität:	CH
Diagnose (falls bekannt): Medikamentenmissbrauch, Suizidalität, Depression			

Anzahl Kinder:	2	Wohnhaft bei:	Vater
Geschlecht:	m	Alter:	17
Geschlecht:	w	Alter:	14

Bemerkungen zum Gespräch

- Frau L. äusserte bereits zu Beginn des Gesprächs Bedenken bezüglich des Interviews, da das Thema sie sehr stark belaste und sie deswegen in der Klinik sei. Die Interviewführende bot ihr an, Pausen zu machen oder das Gespräch abubrechen, falls es für sie zu schwierig würde, worauf sie einwilligte.
- Sie zeigte während des Gesprächs kaum eine Mimik und schien unter Medikamenten-Einfluss zu stehen.
- Am Ende des Gesprächs schien Frau L. sehr aufgewühlt zu sein und äusserte, dass das Gespräch für sie sehr schwierig gewesen sei. Die Interviewführende fragte nach, ob sie sich Sorgen bezüglich Suizidalität machen müsse, was Frau L. verneinte. S. Luzi bat die Pflegedienstleiterin, Frau L. genau zu beobachten.
- Frau L. füllte am Ende des Gesprächs eine Hilfekarte der KJPk aus.

Fallzusammenfassung L

Aktuelle Lebenssituation / familiäre Situation: Frau L. und ihr Mann sind aktuell in Scheidung. Die 14-jährige Tochter und der 17-jährige Sohn entschieden vor einem halben Jahr, dass sie beim Vater leben wollten. Dies sei der Grund für Frau L.'s Suizidversuch gewesen, aufgrund dessen sie in der Klinik sei. Zuvor habe die zu 60% berufstätige

Krankenschwester Suchtmittel (Schlaftabletten) konsumiert. Aufgrund ihres Suchtproblems habe sie bereits mehrere Klinikaufenthalte hinter sich, welche nur den körperlichen Entzug bewirkt hätten.

Auswirkungen der Doppelbelastung: Frau L. belaste die Trennung von ihren Kindern sehr stark und es falle ihr schwer, darüber zu sprechen. Sie habe aber schon längere Zeit den Alltag nicht mehr ausgehalten und daher Suchtmittel konsumiert. Sie habe immer schlafen wollen, habe den Haushalt schlecht gemacht und sei unzuverlässig gewesen. Dass die Kinder sich entschieden haben, beim Vater leben zu wollen, verstehe Frau L. einerseits. Andererseits möchte sie ohne ihre Kinder nicht mehr leben.

Auswirkungen auf die Kinder: Frau L. denkt, dass die Kinder sich vor ihr schützen wollen und versteht daher die Entscheidung, beim Vater leben zu wollen. Sie seien schulisch sehr gut, der Junge sei allerdings seit der Trennung schlechter geworden. Er habe psychosomatische Symptome wie z.B. Bauchweh entwickelt. Die Kinder hätten ihr gesagt, sie könne nicht auf sie aufpassen, da sie dies ja nicht einmal bei sich selbst tue.

Kommunikation: Frau L. erzählt, dass sie mit den Kindern ihre Erkrankung offen thematisiert habe. Vom Suizidversuch hätten sie von der Grossmutter erfahren. Ansonsten sei sie eher verschlossen und zurückgezogen.

Erfahrung mit Hilfen: Aufgrund einer körperlichen Auseinandersetzung mit ihrem Ehemann sei die KESB eingeschaltet worden. Diese Zusammenarbeit habe Frau L. als schwierig erlebt. Mit ihrer Psychologin sei sie nicht auf einer Wellenlänge und sei für diese zu schwierig gewesen. Einzig den Götti des Mädchens habe Frau L. als hilfreich erlebt. Aber auch von ihm habe sie Hilfe kaum annehmen können.

Wünsche in Bezug auf Hilfe: Frau L. äusserte nur wenige Wünsche in Bezug auf Hilfsangebote. Sie möchte einfach ihre Kinder wieder bei sich haben.

Generelle Einstellung gegenüber Hilfen: Frau L. berichtete, dass sie froh gewesen wäre, wenn ihr jemand Hilfe angeboten hätte. Sie zweifelt aber daran, ob sie diese hätte annehmen können, da sie sich schämte.

Einstellung gegenüber spezifischen Hilfen: Frau L. hätte Hilfe in Form von Haushaltshilfe, sozialpädagogischer Familienbegleitung, Erziehungsberatung, Eltern-Kind-Station, Kinder- und Jugendpsychiater gut gefunden. Skeptischer ist sie in Bezug auf Erwachsenenpsychiater, Kinderheime und die KESB.

Hindernisse bei der Inanspruchnahme von Hilfe: Frau L. sieht als Hinderungsgrund für die Inanspruchnahme ihre Schamhaftigkeit, das noch zu wenig starke Krankheitsgefühl, ihre Hilflosigkeit, ihren sozialen Rückzug und die Finanzen.

Informationsbeschaffung: Frau L. kennt recht wenige Hilfsangebote. Sie meinte im Gespräch, dass es ihr leichter gefallen wäre, Hilfe anzunehmen, wenn jemand ihr diese angeboten hätte und nimmt dabei Bezug auf den Götti der Tochter.

Situation in Klinik: Frau L. hat seit dem Klinikeintritt nur via SMS Kontakt zu ihren Kindern, sie seien noch nie in der Klinik gewesen. In der Therapie sei vor allem die Sucht Thema. Ihr seien in der Klinik noch nie Hilfsangebote vermittelt worden und das Mutter-Sein sei selten Thema. Sie würde sich dies wünschen, obwohl sie beim Gedanken daran eher an Flucht in den Alkohol oder in den Schlaf denke und sie das Thema sehr belaste.

Probandin M

Datum:	18.02.2014	Dauer des Interviews:	65 Min
Interviewleitung:	S. Luzi	Weitere Anwesende:	-

Proband (Kürzel):	M	Alter:	30
Geschlecht:	w	Nationalität:	CH
Diagnose (falls bekannt): Depression, evtl. Borderline, evtl. Burnout			

Anzahl Kinder:	2	Wohnhaft bei:	Pflegefamilie
Geschlecht:	m	Alter:	9
Geschlecht:	w	Alter:	7

Bemerkungen zum Gespräch

- Frau M. erzählte sehr offen von ihrer aktuellen persönlichen und familiären Situation.
- Als sich das Gespräch um ihren ehemaligen Lebenspartner drehte, fing sie an zu weinen, wollte aber das Gespräch fortsetzen.
- Nach dem Gespräch erwähnte Frau M., dass sie gerne anderen Eltern in der Klinik weiterhelfen möchte, da sie viele Erfahrungen gemacht habe. Hilfe zu geben und nicht nur anzunehmen, schien ihr ein grosses Anliegen zu sein.

Fallzusammenfassung M

Aktuelle Lebenssituation / familiäre Situation: Frau M. ist alleinerziehend und hat einen neunjährigen Sohn und eine siebenjährige Tochter von zwei verschiedenen Vätern. Sie berichtete im Interview, dass ihre Diagnose unklar sei. Zuerst sei eine Depression, dann eine Borderline-Störung diagnostiziert worden und wahrscheinlich würde schlussendlich ein Burnout festgestellt. Vom langjährigen Lebenspartner und Vater der Tochter sei sie seit letztem Sommer getrennt. Die Kinder seien seit anfangs Jahr in einer Pflegefamilie untergebracht. Sowohl für sie wie auch für die Kinder bestehe z.Z. eine Beistandschaft.

Auswirkungen der Doppelbelastung: Frau M. berichtete, dass sie vor dem Klinikaufenthalt aufgrund der hohen Anforderungen ihrer Arbeitsstelle, der Depression ihres Ex-Partners, der Streitigkeiten in der Beziehung und dem schwierigen Kontakt zu ihrer Mutter stark belastet gewesen sei. Sie habe versucht, alles auf die Reihe zu bekommen, sei dann aber schlussendlich zusammengeklappt.

Auswirkungen auf die Kinder: Frau M. ist sich bewusst, dass die Kinder ihre schwierige Situation mitbekommen haben. Sie hätten sie geschont und seien unsicher geworden. Frau M. mache sich deswegen Selbstvorwürfe, insbesondere dass sie die falschen Männer ausgesucht habe.

Kommunikation: Frau M. habe gemeinsam mit ihrer Familientherapeutin den Kindern eine Geschichte erzählt und ihnen so erklärt, dass sie in nächster Zeit in einer Pflegefamilie leben würden. Sie ist aber grundsätzlich der Meinung, dass Kinder mehr Taten statt Worte brauchen.

Erfahrung mit Hilfen: Frau M. geht seit einigen Jahren zu einer Familientherapeutin, welche für sie eine grosse Unterstützung zu sein scheint. Die KESB empfindet sie als anstrengend, unterscheidet aber je nach Beistand, ob sie gerne mit jemandem zusammenarbeitet. Vom jetzigen Pflegeplatz ihrer Kinder ist sie begeistert. Dieser entlastet sie sehr. Mit der vorherigen Tagesfamilie hat sie eher Mühe gehabt.

Wünsche in Bezug auf Hilfe: Zum Schluss erwähnt sie, dass sie es begrüsst hätte, wenn die Familientherapie bezahlt worden wäre. Es habe in ihrem Fall eine Gefährdungsmeldung gebraucht, bis sie finanziell unterstützt worden sei.

Generelle Einstellung gegenüber Hilfen: Frau M. berichtete, dass sie viel Hilfe erfahren habe und sich wenig zusätzlich gewünscht hätte. Es sei an ihr gelegen, den Stolz zu überwinden und Hilfe anzunehmen. Schwierig finde sie es insbesondere, wenn sie Hilfe nicht verdanken, resp. nicht zurückgeben könne. Es sei ihr ein Anliegen, anderen Eltern in ähnlichen Situationen zu helfen.

Einstellung gegenüber spezifischen Hilfen: Haushaltshilfe hätte sie begrüsst, aber ihr Partner sei ja zu Hause gewesen. Ein Elterncoaching brauche sie nicht, da sie ihre Kinder gut erzogen habe. Viele angesprochene Angebote wie Elterntraining, sozialpädagogische Familienbegleitung, Kinder- und Jugendpsychiater decke sie über die Familientherapie ab. Frau M. verfüge über ein grosses Umfeld, das sie unterstütze.

Hindernisse bei der Inanspruchnahme von Hilfe: Die schwierige Beziehung zu ihrer Mutter scheint für Frau M. aktuell ein grosses Thema zu sein. Bei ihr sehe sie viele Grün-

de, von ihr Hilfe nicht in Anspruch zu nehmen. Bei den Behörden sei es so, dass man sich bewusst sein müsse, dass einem da die Entscheidungsgewalt zu einem gewissen Grad weggenommen werde, was bei ihr zu einer Ohnmachtssituation und schliesslich zum Zusammenbruch geführt habe.

Informationsbeschaffung: Hilfe würde sich Frau M. bei ihrem Umfeld oder bei der Familientherapeutin suchen.

Situation in Klinik: Frau M. hat wenig Bedarf nach Angeboten von der Klinik, da sie selber bestimme, wann sie ihre Kinder in der Pflegefamilie besuche und sich da nicht reinreden lasse. Sie sei mit ihrer Familientherapeutin gut abgedeckt. Wichtig sei jetzt in der Therapie die Thematisierung der Beziehung zu ihrer eigenen Mutter.

Probandin N

Datum:	18.02.2014	Dauer des Interviews:	47 Min
Interviewleitung:	R. Kühnis	Weitere Anwesende:	-

Proband (Kürzel):	N	Alter:	36
Geschlecht:	w	Nationalität:	CH
Diagnose (falls bekannt): ADHS, Persönlichkeitsstörung, Depressionen			

Anzahl Kinder:	2	Wohnhaft bei:	Heim
Geschlecht:	w	Alter:	7
Geschlecht:	w	Alter:	8

Bemerkungen zum Gespräch

- Frau N war sehr ruhig und höflich beim Gespräch.
- Sie gab sehr offen und differenziert Auskunft über ihre Situation.
- Die Stimmung während des Gesprächs war gut.
- Frau N war schon mehrmals in der Klinik. Der aktuelle Aufenthalt dauert schon ein Jahr lang. Die Kinder wohnen darum zurzeit in einem Heim.

Fallzusammenfassung N

Aktuelle Lebenssituation / familiäre Situation: Frau N befindet sich zum Zeitpunkt des Gesprächs schon seit fast einem Jahr in der Klinik, die Kinder sind in einem Heim. Sonst wohnte sie in einer WG zusammen mit Ihren Kindern. Sie ist vom Vater der Kinder getrennt, es besteht aber noch regelmässiger Kontakt, den sie allerdings als schwierig beschreibt. Frau N hat nie einen Beruf gelernt und auch nicht gearbeitet. Sie wird vom Sozialamt unterstützt.

Auswirkungen der Doppelbelastung: Frau N beschreibt, dass sie aufgrund ihrer Erkrankung noch nie wirklich ein stabiles Leben geführt habe. Durch die Kinder habe sich

das verstärkt. Alles unter einen Hut zu bringen und zu organisieren, finde sie schwierig. Es sei mehr die Gesamtsituation / -belastung als einzelne Momente, die sie überfordern.

Auswirkungen auf die Kinder: Sie beschreibt ihre Mädchen als eher wild. Bei der älteren wurde selber schon ADHS diagnostiziert. Zurzeit leben die Kinder in einem Heim, wo es ihnen nicht gefalle. Frau N scheint sich sehr grosse Mühe zu geben, dass die Kinder so wenig wie möglich belastet werden durch ihre Erkrankung. Über Probleme und Auswirkungen auf die Kinder gibt sie wenig Auskunft. Sie sagt, sie versuche sich so lange für die Kinder einzusetzen, dass es für sie einigermaßen stimme, bis sie selber dekompenriere und in die Klinik müsse, was schon einige Male vorgekommen sei. Sie erwähnte in diesem Zusammenhang Verlustängste, die bei den Kindern am Aufkommen seien.

Kommunikation: Die Kinder von Frau N scheinen altersgemäss über die Krankheit informiert zu sein. Frau N beschreibt jedoch, dass sie klar eine Grenze ziehe, da wo es für die Kinder zu belastend werden könnte (z.B. Suizidgedanken). Die Kinder wüssten aber, wo sie sich befinde.

Erfahrung mit Hilfen: Frau N kenn sich mit diversen Hilfen schon aus. Sie war schon im Kontakt mit Behörden (KESB, Beistand, Sozialarbeiter), hat selber psychotherapeutische Unterstützung, die Kinder wurden im KJPD abgeklärt. Sie bezog zudem Angebote wie psychologische Spitex, Tagesmutter, sozialpädagogische Familienberatung, Haushaltshilfe und hat auch mal in einem Mutter-Kind-Heim gewohnt.

Wünsche in Bezug auf Hilfe: Frau N erlebt Angebote, die bei ihr zu Hause stattfinden als wertvoll. Ihr ist lieber, wenn nicht nur geredet, sondern tatkräftig unterstützt oder situationsbezogen beraten wird. Weiter möchte sie für die Zeit nach dem Klinikaufenthalt in ein betreutes Wohnen, wo sie die Kinder mitnehmen kann.

Generelle Einstellung gegenüber Hilfen: Frau N hat schon viele Hilfsangebote in Anspruch genommen und oft auch gute Erfahrungen gemacht. Sie beschreibt, dass ein Leben ohne diese Unterstützung nicht möglich wäre und ist darum auch offen gegenüber den Angeboten. Sie beschreibt aber auch Ängste in diesem Zusammenhang, dass man ihr die Kinder wegnehmen würde, wenn sie zu viel Hilfe bräuchte.

Einstellung gegenüber spezifischen Hilfen: Frau N findet Hilfe bei ihr zu Hause am wirkungsvollsten. Mit den Behörden (KESB) hat sie weniger gute Erfahrungen gemacht, sie beschreibt, dass über ihre Situation entschieden worden sei, ohne dass sie selber oder wichtige Beteiligte einbezogen wurden.

Hindernisse bei der Inanspruchnahme von Hilfe: Frau N nennt organisatorische oder auch finanzielle Gründe. In ihrem Fall müssen Angebote vom Sozialamt (über den Beistand) finanziert werden, was zum Teil nicht bewilligt wird. Um selber zusätzliche Entlastung zu suchen, fehlt es ihr zeitweise an Kraft oder Initiative. Zudem kenne sie sich nicht so gut mit Computern aus, um sich zu informieren.

Informationsbeschaffung: Frau N gibt an, sich mit ihrer Therapeutin oder dem Beistand über Unterstützungsmöglichkeiten auszutauschen. Weiter nennt sie das Internet, auf das sie aber aufgrund mangelnder Computerkenntnisse nicht zurückgreifen könne.

Situation in Klinik: Frau N geht manchmal am Wochenende nach Hause, wo sie ihre Kinder und den Ex-Partner sehe. Das sei aber schwierig, weil sie sich eigentlich vom Ex-Partner lösen möchte. Telefonischen Kontakt zu den Kindern habe sie nicht mehr, weil diese dann so traurig würden. Auch die Besuchsnachmittage im Heim nehme sie nicht mehr wahr.

Anhang E: Kodierleitfaden

Hauptkategorie: Kenntnisse bezüglich Hilfsangeboten			
Subkategorie	Definition	Pb	(Anker-) Beispiele
Kenntnisse von Hilfsangeboten (Antworten auf die Frage: „Kennen Sie spezifische Hilfsangebote für psychisch kranke Eltern in Basel?“)	Keine Kenntnisse	7 C, D, F, I, J, K, L	Ich muss jetzt ganz ehrlich sagen: Nein. (F, 76)
	Erwähnte / bekannte Hilfsangebote	A	Flyer, die bei Gemeinde aufliegen
		B	Sozialarbeiter der Abteilung Sucht
		E	Schwarzer Peter, KJPK
		G	Eigene Psychologin
		H	Anlaufstelle in Aarau für akut psychische Probleme, Seelsorgestelle (Pb wohnt im Kt. AG)
		M	Tagesfamilie, Pflegefamilie, Eltern ohne Kinder, die ein Kind einmal hüten, Robispielplätze, Spitex
		N	Elpos

Hauptkategorie: Erfahrungen mit Hilfsangeboten				
Subkategorie	Erlebnis	Definition	Pb	Ankerbeispiele
Behörden (KESB, KJD, Sozialamt, IV) Anzahl Pb: 7	Positiv	Hilfreiche Beratung / Unterstützung	5 B, M, N, E, K	... der (Beistand) hat dann halt Nägel mit Köpfen gemacht. Er ist eigentlich ein Guter. (M, 11)
		Massnahmen nachträglich als gut empfunden	1 B	Und das AKJS ist eigentlich schon nicht schlecht. (B, 14) ... als wir dann die Entwicklung gesehen haben, mussten wir sagen, es war eigentlich das Beste. So weh es macht. (B, 104)
	Negativ	Überforderung der Behörden	1 I	KESB... NEIN DANKE! Das kann man jetzt wirklich gerade rauchen, das Zeug... Nein echt, die sind so überfordert. Die haben dort Umstrukturierungen... Die Dossiers stapeln sich bis da oben... (I, 112)
		Nicht ernst genommen worden	1 M	... ich habe mit den Beiständen geredet. Die haben schon gute Tipps gegeben, aber sie haben es nicht ernst genommen. (M, 10)
		Wird als anstrengend, ermüdend erlebt	2 I, M	Es ist anstrengend. Es sind zwar liebe Leute, aber es ist extrem anstrengend, was das für ein Apparat ist. (M, 66-69)
		Wird als bevormundend erlebt	4 B, L, M, N	... ich hatte das Gefühl, es ist zu strickt. Wir haben die Erziehungsbechtigung nicht abgegeben. Das musste ich einmal Deutsch und deutlich sagen. Dann hat sich das Verhältnis verbessert. Die Wortwahl wurde dann auch ein wenig anders. Das hat mich gestört. (B, 14)
		Informationsfluss ist mangelhaft	2 L, M	Dass mein Sohn jetzt beim Psychologen ist, wusste ich eben nicht. (M, 75-76)
		Nur ein Elternteil wird in die Verantwortung genommen	1 L	Und nachher haben sie gesagt, ich müsse einen Entzug machen. Und er hätte ein Gewalttraining machen müssen. Das hat er aber nie gemacht... Der Fehler war nur bei mir. (L, 70)
		Angebote wurden aus finanziellen Gründen gestrichen	3 I, M, N	Man hat mir dann die Familientherapie gestrichen, da es mir so gut gegangen ist... Es hat ausgesehen, als würde es mir gut gehen. (M, 8)

Hauptkategorie: Erfahrungen mit Hilfsangeboten				
Subkategorie	Erlebnis	Definition	Pb	Ankerbeispiele
Freunde/ Verwandte Anzahl Pb: 13	Positiv	Hilfreich erlebt	12 A, B, C, D, E, F, H, J, K, L, M, N	Ich hatte natürlich schon meine Schwiegermutter. Sie sagte immer wieder: „Sag einfach, wenn es nicht mehr geht.“ Das schätzte ich auch sehr. (F, 56) Weitere Nennungen: Ehepartner/in, Ex-Partner/in, Nachbarn, Grossmütter, Schwiegermütter
	Negativ	Keine Hilfe erhalten	1 I	... weil meistens noch Hilfe abgeschlagen wurde. Und dann hat man sich zurückgezogen... Mit der Zeit fragt man nicht mehr. Man verlernt auch zu fragen. (I, 116-118)
		Hilfe wurde als übergriffig erlebt	1 M	Meine Mutter... das ist so ein Thema... sie hilft viel, sie macht viel, aber sie hat keine Ahnung von vernünftigen Grenzen. (M, 10)
		Gut gemeinte, nicht wirksame Ratschläge	1 C	... da kriegt man dann eine SMS, als ich auf der Entzugsstation war: „Augen zu und durch“. Wo ich auch denke, ah, so richtig begriffen hast du es noch nicht. Weil „Augen zu und durch“ wäre jetzt genau das Falsche, was ich machen könnte. (C, 30)
		Ex-Partner waren keine Unterstützung	4 I, L, M, N	Mein Ex-Mann... er ist kein netter Mensch...er hat mir nicht geholfen. Er hat eher noch Öl ins Feuer gegossen. (L, 64-66)
		Helfer sind überlastet	2 D, H	Er (Mann) hat aber gesagt: „Ja, langsam habe ich auch nicht mehr viel Kraft.“ (D, 68)

Hauptkategorie: Erfahrungen mit Hilfsangeboten				
Subkategorie	Erlebnis	Definition	Pb	Ankerbeispiele
Erwachsenen- psychiater / - psychothera- peut Anzahl Pb: 9	Positiv	In Bezug auf Elternschaft hilfreich erlebt.	2 H, M	Sie hat mir schon einige Tipps gegeben, wie ich mit den Kindern so umgehen könnte. (H, 64) Weitere Nennungen: Erziehungstipps, Thematisierung mit Kindern, Vermittlung des Heimplatzes
		Überweisung an Klinik initiiert	2 A, J	Gott sei Dank hat er es gemerkt. Und seine Empfehlung war es, hierher zu kommen. (J, 34)
	Negativ	Keine Hilfe in Bezug auf Elternschaft	3 A, L, N	Dort wurde mehr besprochen, wie es mir geht... es hat einerseits gut getan, aber es ist für mich im Alltag mit den Kindern nicht sehr hilfreich gewesen. (N, 130)
		Fehlende Wertschätzung	1 L	Ich hatte mit ihr keine Wellenlänger. Sie fand immer, ich sei für ihr Pensum zu anstrengend. (L, 91-92)
		Psychologen haben nicht richtig zugehört	1 A	Ich habe leider auch ein paar Therapeuten erlebt, bei denen ich das Gefühl hatte, nicht richtig verstanden worden zu sein und es wurde mir nicht richtig zugehört. (A, 84)
Auseinandersetzung mit sich selbst ist belastend	3 J, L, N	Ich bin durch mein ganzes Leben gegangen und ich habe alles immer tief drin gelassen. Und als ich mit der Psychiatrie angefangen habe, habe ich die Dose aufgemacht. Und alles kommt heraus. Ich bin immer noch in dieser Phase, in der alles rauskommt. Und das ist immer noch sehr schwer. (J, 76)		
Kinder- und jugendpsy- chiatrische Fachperson Anzahl Pb: 9	Positiv	Abklärung wurde gut erlebt	4 C, I, J, N	Also das fand ich sehr hilfreich, dass ich meine Tochter dort abklären konnte. (N, 150)
		Kontakt mit Psychologin hat Kind geholfen / wird von Eltern unterstützt	5 D, E, J, L, M	...sie hat das gut erlebt. Ich glaube, sie hat das sehr hilfreich gefunden. (J, 84)
	Negativ	Eigene schlechte Erfahrung	1 M	Ich selber wurde als Kind zum Jugendpsychiater geschickt. Das war eine riesige Katastrophe. Das hat mir gar nichts gebracht. (M, 55)

Hauptkategorie: Erfahrungen mit Hilfsangeboten				
Subkategorie	Erlebnis	Definition	Pb	Ankerbeispiele
Heim / Pflegefamilie Anzahl Pb: 5	Positiv	Schulheim, Gastfamilie, Pflegefamilie werden gut erlebt	4 B, E, I, M	Ich habe mit diesem Pflegeplatz wirklich eine riesengrosse Entlastung erfahren dürfen. (M, 92)
	Negativ	Betreuung im Heim / Pflegefamilie wird schlecht erlebt	2 N, M	...weil sie dort nicht so glücklich sind irgendwie, oder, also nicht so gut betreut werden, wie ich mir das gewünscht hätte. Ist schwierig zum Aushalten (N, 4)
		Eigene schlechte Erfahrungen	1 E	Ich war 13 Jahre im Heim und das prägt schon. (...) Die Sachen gelernt, die man nicht sollte. (E, 141-143)
		Rückplatzierung ist schwierig	1 N	Also ich habe um die Platzierung gebeten. Aber das Zurückbekommen ist dann doch nicht so einfach. Also, es ist mit sehr vielen Auflagen verbunden... (N, 146)
Mutter-Kind-Heim Anzahl Pb: 3	Positiv	Hilfreich erlebt	2 C, F	Wenn es das bei uns nicht gegeben hätte (..), dann wäre das schlimm gewesen. Also, solche Mutter-Kind-Einrichtungen. Das ist extrem wichtig... (C, 105)
	Negativ	Schlechte Erfahrung gemacht	1 N	Und als ich abbrechen wollte, haben sie mich nicht gelassen und mir ja, die Vormundschaftsbehörde auf den Hals gejagt und die haben dann die Kinder tagsüber platziert, was einfach eine grausame Lösung war für sämtliche Beteiligten. (N, 156)
Tagesmutter / Tagesheim / Kinderkrippe Anzahl Pb: 4	Positiv	Tagesmutter hilfreich erlebt	1 N	Ich war sehr froh um die Entlastung durch die Tagesmutter. Dass ich am Nachmittag einfach eine Pause machen könnte. Sodass ich dann bis am Abend durchhalten konnte (N, 64)
		Tagesheim / Krippe hilfreich erlebt	3 A, C, F	Er (Sohn) geht gerne, aber sie von der Kita ist auch sehr flexibel. Von dem her hatte ich wahnsinnig Glück... (F, 14)
Beratungsstelle Anzahl Pb: 4	Positiv	Hilfreich erlebt	4 B, C, E, J	Und wer ein grosser Begleiter schon lange ist, also schon fast 10 Jahre, ist der „Schwarze Peter“... Das ist ein Verein für Gassenarbeit. Und dort habe ich auch schon viel mitgeholfen, sie haben mir geholfen. (E, 66-68)

Hauptkategorie: Erfahrungen mit Hilfsangeboten				
Subkategorie	Erlebnis	Definition	Pb	Ankerbeispiele
				Weitere Nennungen: Suchtberatung/ Blaues Kreuz, Schwarzer Peter (inkl. Peterli), Mütter-Väter-Beratung, Schreibprogramm, Seelsorge
Haushaltshilfe Anzahl Pb: 3	Positiv	Sehr entlastend erlebt	3 J, K, N	...also das ist ein Mann, der einfach alles macht. Von Putzen, Entrümpeln, Helfen aufräumen, Sortieren... Und um ihn war ich eigentlich sehr froh. (N, 110)
Sozialpädagogische Familienbegleitung Anzahl Pb: 2	Positiv	Hilfreich erlebt	2 I, N	...ähm sie kam zum Teil auch zu den Zeiten, als die Kinder auch zu Hause gewesen sind und sah auch gleich, wie ich mit ihnen umgehe oder ir- gendwie eben, wir schauten, was ich kochen konnte, weil ich da Mühe hatte. (N, 134)
Psychiatrische Spitex Anzahl Pb: 1	Positiv	Hilfreich erlebt	1 N	Ich habe dafür mit der psychologi- schen Spitex dann, die zu mir nach Hause kam, auch gerade in der Situa- tion war, mehr über Haushalt, Alltag und Kinder gesprochen. (N, 132)
Hausarzt/ Kinderarzt Anzahl Pb: 5	Positiv	Kinderarzt un- terstützt bei diversen Prob- lemen	1 C	Wir sind noch ab und zu mit ein paar Themen, die so auf uns zugerollt sind... wie Schnuller ging uns zu lang oder Kacki, Windeln und solche Sa- chen. Da haben wir aber eher einen sehr guten Kinderarzt, mit dem wir auch über sowas wirklich gut reden können. (C, 40)
		Hausarzt gut erlebt	4 B, F, H, M	(I: Und der Hausarzt hat Ihnen dieses Angebot vorgestellt?) Ja genau. Also einfach vorgeschlagen, kurz gesagt, was es ist. (F, 71-72)

Hauptkategorie: Einstellung gegenüber Hilfen			
Subkategorie	Definition	Pb	Ankerbeispiele
Offenheit gegenüber Hilfsangeboten	Hilfe wird gewünscht	12 A, B, C, D, E, F, H, I, J, L, M, N	Ja, Hilfe wäre sehr schön. (J, 96) Und da wäre ich um jede Hilfe froh gewesen. (N, 74)
	Hilfe wird nicht gewünscht	2 G, K	Nicht wirklich, Nein. Ich wüsste nicht für was. (G, 72)
Positive Aspekte von Hilfe	Hilfe entlastet	3 D, N, L	Ja, der Vorteil ist, man wird entlastet. (N, 164)
	Hilfe als Prävention	4 C, E, M, N	Wir sind eher jemand, wenn wir merken, bevor wir dann voll gegen die Wand fahren oder gegen die Wand laufen, dass wir uns dann eher Hilfe suchen. (C, 16)
	Hilfe gibt Sicherheit	1 F	Ich finde es einfach toll, man weiss, man hat eine Stütze im Rücken, man weiss, dass man nicht alleine gelassen ist. Es sind Möglichkeiten da. Und das finde ich einfach ganz wichtig. (F, 121)
Negative Aspekte von Hilfe	Private Helfer werden überlastet	4 I, H, K, N	Aber das nimmt dann nachher die helfende Person so in Anspruch, dass diese selber nachher in eine problematische Situation kommen kann. (H, 128)
	Hilfesysteme sind überfordert	2 I, L	Ähm, das war dann manchmal so schlimm, dass ich aufgestanden und gegangen bin. Ich habe gesagt: "Ich muss mir das nicht mehr antun". Und die sind dagesessen, die waren so überfordert. (I, 78)
	Enttäuschte Erwartungen	2 I, L	Da hätte ich auch von meinem Mann erwartet, dass er mir hilft. Aber das ist der Mensch, in den ich das grösste Vertrauen hatte, von dem ich enttäuscht worden bin. (L, 122)
	Massnahmen belasten die Kinder	4 D, G, J, N	Für meinen Sohn (wäre es nicht) Entlastung aber Belastung. Und ja (...) für ihn wäre das nicht so gut. Für mich schon, aber ich bin in so einer... nein, ich denke, das wäre nicht... (...) Das würde es einfach noch schlimmer machen. (J, 86)
	Massnahmen belasten die Familie	2 D, H	Weil zu Beispiel jetzt, mein Partner musste Ferien nehmen, teilweise ist er krank geschrieben und so. Alles fokussiert sich zusammen und das kostet Geld. Und dazu noch diese Belastung, dass zwar Hilfe kommt, es aber etwas kostet und ja, das ist immer eine schwierige Situation, wenn eine Krankheit kommt. (D, 118)

Hauptkategorie: Einstellung gegenüber Hilfen			
Subkategorie	Definition	Pb	Ankerbeispiele
Ambivalenz Belastung / Entlastung	Durch Hilfe entsteht Aufwand / Belastung	6 F, H, I, J, M, N	Das würde mich entlasten, aber ich denke, das würde noch mehr Druck auf die Situation geben. (J, 86)
Voraussetzungen, damit Hilfe gelingt	Hilfe annehmen / zulassen können	4 E, K, L, M	Ich habe immer irgendjemanden gehabt, der mich unterstützt hat. Ich konnte Hilfe auch annehmen. (K, 36) Handkehrum ist es natürlich auf Deutsch gesagt ein "Seelenstripteas" oder? Und das muss halt zuerst auch mal zulassen. (E, 154)
	Hilfsbedarf äussern können	2 F, M	Aber man muss halt wirklich die Grösse haben zu sagen "Leute, ich brauche Hilfe". Das muss man lernen. Das ist ganz wichtig. (M, 76)
	Gegenleistung erbringen können	1 M	Und wichtig ist auch, dass man irgendwie die Möglichkeit hat, die Hilfe zu verdanken. (...) Wenn es aber einseitig wird, dann ist es schwierig. Das kann wirklich nur von einer professionellen Person ausgehen, dass es einseitige Hilfe ist. Weil ansonsten ist es ein neues Problem. (M, 41)
	Kinder müssen gut betreut werden	4 F, I, M, N	Eben darum ist es mir jetzt so wichtig, dass es ihnen wirklich gut geht. Deshalb kann ich jetzt auch loslassen. Also loslassen... bei mir schauen... (M, 27)
	Geeignete Hilfen wählen	3 C, D, M	Natürlich braucht man dort auch eine gewisse Reife. In dem ganzen Wirrwarr von Hilfsangeboten, um zu sagen "das ist auch hilfreich" und "das brauche ich auch". (M, 43)
	Hilfe muss freiwillig sein / von der richtigen Person kommen	4 D, E, K, M	Und nicht die Bevormundung von aussen "aber du solltest!" Sondern: "Probier doch einmal". Es ist dann eben sehr abhängig davon, wer es sagt, ob man es annehmen oder nicht annehmen kann. (M, 88)
	Familie muss mitspielen	5 A, D, I, L, M	Also nach meiner Vorstellung würde ich es annehmen, aber ich weiss nicht, was meine Frau dazu sagen würde, natürlich. (A, 50)

Hauptkategorie: Einstellung zu spezifischen Angeboten				
Subkategorie	Einst.	Gründe	Pb	Ankerbeispiele
Haushaltshilfe	Pro	Wird als hilfreich empfunden	7 F, I, J, L, M, N, D	Ja, mit der Depression auf jeden Fall, ja... Ich komme immer wieder (...) so in Depressionen. Aber ja, ich hätte das sehr hilfreich gefunden. (J, 58)
		Könnte in Not-situation hilfreich sein	2 C, K	Also auch, wenn ich jetzt in C. (Langzeittherapie) wäre und es für meine Frau zu einer Überlastung kommen würde... In so einer Situation: Ja, gerne, würde ich das total in Anspruch nehmen. (C, 50)
	Contra	Keine Notwendigkeit	5 A, B, C, E, H	Jetzt in unserer Situation weniger. Ich denke, da hätten wir schon Unterstützung von Familie und Freunden. (H, 96)
		Frage nach Finanzierung	2 D, I	Ja, die Frage ist, ob das gratis ist oder ob das kostet. Das ist eine grosse Frage. Und das kostet sicher etwas. (D, 74-76)
		Angst vor Stigmatisierung	1 F	... der Gedanke daran, was kommt da von Aussen: Ja was, jetzt kannst du nicht mal mehr Staubsaugen? Wie kommt das noch raus?... wenn man schon eine Haushaltshilfe in Anspruch nimmt, ich weiss doch nicht, ob dann irgendjemand mal findet: Ja, aber können Sie ihr Kind überhaupt noch betreuen? (F, 81-83)

Hauptkategorie: Einstellung zu spezifischen Angeboten				
Subkategorie	Einst.	Gründe	Pb	Ankerbeispiele
Hilfe bei der Erziehung / El- terntertraining	Pro	Grundsätzlich Interesse	5 E, F, H, L, N	Find ich super, find ich ganz lässig. Vor allem so Elterntraining... ja vor allem eben, wenn man psychisch krank ist, ist das ein schwieriger Teil. (F, 87)
		Ja, aber erst im Teenageralter	1 C	Ich könnte mir vorstellen, im Teena- geralter wieder oder so. Wenn es krass wird. Wenn wir wirklich nicht mehr weiter wüssten. (C, 52)
	Contra	Keine Erzie- hungs-defizite vorhanden	3 B, C, M	Aber es war nicht so, dass ich in Erziehungsfragen Defizite gehabt hätte... ich kann erziehen, das steht ausser Frage. (M, 49)
		Keine zeitliche Kapazität	1 N	Da bräuchte ich wieder einen freien Abend oder so. Das wird dann wie- der schwierig. (N, 112)
		Kind ist nicht das Problem	2 A, D	Das würde meine Frau nicht anneh- men, weil wir denken, dass das Prob- lem mehrheitlich bei mir liegt. Ich muss mich verändern... (A, 46)

Hauptkategorie: Einstellung zu spezifischen Angeboten				
Subkategorie	Einst.	Gründe	Pb	Ankerbeispiele
Beratungsstelle (z.B. Stiftung Melchior, KJPK, Familienberatung, etc.)	Pro	Hilfreich erlebt (Sucht, Mütter-Väter-Beratung)	2 C, J	... das coole an dieser Mütter-Väter-Beratung war: Es war nicht nur diese Erziehungsfrage und nur Kind, sondern auch: Wie machst du es als Eltern? Also auch: Was für einen Teil trägst du denn dazu bei, dass die gerade so tickt? Das war immer sehr interessant. (C, 53-54)
		Grundsätzlich Interesse	5 A, D, E, J, K	...wenn wir das Gefühl hätten, wir brauchen so etwas. Das ja, auf jeden Fall. (K, 56)
	Contra	Ist nicht bekannt	2 F, N	Hm ja, weiss ich jetzt zu wenig, also was machen die dann? (F, 91)
		Ist neben anderen Angeboten zu viel	2 H, N	... nochmals jemand zusätzlich einschalten... also ich hatte eigentlich schon recht ein grosses Helfernetz irgendwie. Und ich wollte es auch nicht zu sehr verzetteln. (N, 120)
		Keine Krankheits-einsicht	2 I, L	Ich hätte es wahrscheinlich nicht gemacht. Ich habe mich damals ja nicht als so krank empfunden. Jetzt bin ich depressiv. Jetzt merke ich es. (L, 88)
		Hätte nichts gebracht	2 B, I	... schlussendlich hätte man wieder nichts machen können. Das weiss ich. Das ist nicht einmal irgendwie Schwarzmalen... (I, 92)
		Zu wenig intensiv	1 F	... für mich wäre es wohl fast etwas zu wenig intensiv. (F, 93)

Hauptkategorie: Einstellung zu spezifischen Angeboten				
Subkategorie	Einst.	Gründe	Pb	Ankerbeispiele
Kinder- und Jugendpsychiater / KJPD	Pro	Hilfreich erlebt	4 B, D, E, N	... das fand ich sehr hilfreich, dass ich meine Tochter dort abklären konnte. (N, 150)
		Als Vorbeugung	3 F, I, J	Ich habe einfach gedacht, ich mache das auch zum Vorbeugen. Damit ich ja alles ausgeschöpft habe. Damit man mir nicht sagen kann: „Du hast nichts gemacht.“ (I, 86)
		In akuten Situationen	2 C, L	Genau, jetzt in der akuten Situation, ja. Sonst wäre ich eher vorsichtig. (C, 56)
	Contra	Eigene schlechte Erfahrung	1 M	Ich selber wurde als Kind zum Jugendpsychiater geschickt. Das war eine riesige Katastrophe. Das hat mir gar nichts gebracht. (M, 55)
		Befürchtungen / Sorgen	2 C, F	Ich habe schon sehr sehr grossen Respekt...sobald ich das Gefühl habe, wir versuchen mal... geben ihr Medikamente. Da würde ich ganz klar „nein“ sagen. Nein, ausser wenn es medizinisch nötig wäre. Aber Kinderpsychiatrie würde mich eher abschrecken, ganz klar. (C, 56)
Erwachsenenpsychiater / -psychotherapeut	Pro	Positive Assoziationen	9 C, D, E, F, H, I, J M, N	Ja, ist natürlich eine sehr gute Sache. Finde ich auch sehr sehr wichtig. (F, 102)
	Contra	Schlechte Erfahrung gemacht	1 L	Ich hatte mit ihr keine gute Wellenlänge. Sie fand immer, ich sei für ihr Pensum zu anstrengend. (L, 91-92)
		Fehlende Kapazität	1 I	Ich hätte einfach keine Kapazität gehabt, das noch zusätzlich zu machen. Neben der Arbeit. (I, 76)
		Auseinandersetzung mit sich selbst kann belastend sein	1 J	Ich bin durch mein ganzes Leben gegangen und ich habe alles immer tief drin gelassen. Und als ich mit der Psychiatrie angefangen habe, haben die die Dose aufgemacht. Ich bin immer noch in der Phase, in der alles herauskommt. Und das ist immer noch sehr schwer. (J, 76)

Hauptkategorie: Einstellung zu spezifischen Angeboten				
Subkategorie	Einst.	Gründe	Pb	Ankerbeispiele
Eltern-Kind-Station	Pro	Hilfreich erlebt	2 C, F	Finde ich sehr sehr wichtig und sehr sehr gut. Also ich war vor drei Jahren hier, da war mein Sohn drei Monate alt. Das hat mir wahnsinnig viel gebracht, dass ich ihn habe mitbringen können. (F, 106)
		Grundsätzlich Interesse	5 B, D, I, M, N	Ja, das tönt interessant. (D, 100)
	Pro	Würde Gang in Klinik erleichtern	2 F, I	... ich habe früher immer gedacht: „Jetzt musst du noch durchhalten“. Weil ich niemanden hatte, der schaut. Drei Kinder sind schwierig zu platzieren und auseinandernehmen ist ein wenig mühsam. (I, 100)
	Contra	Angebot unbekannt	6 A, B, I, J, L, M	Das kenne ich jetzt gar nicht. (M, 57)
		Kinder sind zu alt	3 F, H, L	Ja, das wäre noch gut. Aber da sind sie zu alt. Meine Kinder fänden das seltsam. (L, 98)
		Kinder sind zu jung	1 M	In einem gewissen Alter dann. Aber ich habe jetzt wirklich Kleinere... mit sieben und neun ist es noch zu früh, mit irgendwelchen Diagnosen herum zu jonglieren. (M, 59)
		Kinder würde Umgang mit anderen Patienten schaden	1 J	Und es würde vielleicht zu einer bestimmten Stimmung kommen. Und das wäre zu heftig. (J, 113)
		Wohnortwechsel für Kinder	3 E, J, M	Bei mir würde das jetzt nicht in Frage kommen, weil es für die Kinder noch einmal ein Wechsel wäre. (M, 59)
		Kind soll nicht in elterliche Probleme miteinbezogen werden	1 M	Obwohl ich eher der Meinung bin, dass das Kind nicht in die elterliche Psychiatrie miteinbezogen werden soll. (M, 59)
		Kritik an vorhandenen Angeboten	2 K, N	Ich habe in Basel nur eines gesehen, das mir überhaupt nicht gefällt. ... das andere ist auf dem Gempfen oben. Das ist einfach „ab vom Schuss“. (N, 142)

Hauptkategorie: Einstellung zu spezifischen Angeboten				
Subkategorie	Einst.	Gründe	Pb	Ankerbeispiele
Betreuungsangebot im heimischen Umfeld	Pro	Hilfe durch Blick von Aussen	4 C, E, H, L	Ja, das ist glaube ich etwas sehr Wertvolles. Also ja, dass jemand von Aussen hinschaut. (H, 110)
		Hilft bei Erkrankung	1 F	Find ich halt wirklich sehr sehr wichtig und gut. Vor allem wenn man einfach nicht mehr raus kann. Also wenn man wie gefangen ist, finde ich das ganz wichtig und eigentlich eine ganz tolle Sache. (F, 110)
	Contra	Kinder sind gut erzogen	2 J, K	Ui, nein, das müsste ich nicht haben... weil ich denke, dass wir bezüglich Erziehung das Richtige machen. (K, 52-54)
		Anderweitig abgedeckt/ Kein Bedarf	2 A, M	Das ist bei mir die Familientherapie. (M, 61)
Krippe / Tagesheim	Pro	Hilfreich erlebt	2 A, C, F	Und von dem her, er geht gerne aber sie von der Kita ist auch sehr flexibel. (F, 14)
		Besser als Heim	1 E	Krippen ja, Heime NEIN. (E, 140)
	Contra	Zwar Entlastung für Eltern, aber wäre Druck für Kind	1 J	Das würde mich entlasten, aber ich denke, das würde noch mehr Druck auf die Situation geben... Für meinen Sohn wäre das nicht Entlastung aber Belastung. (J, 86)
		Kein Bedarf	1 K	... wir schauen, dass sie an einem Ort Mittagessen können, wenn die Ex-Partnerin arbeitet. Wenn ich am Mittwoch koche, kommt auch jemand zu uns... Und das funktioniert tip top. (K, 62)

Hauptkategorie: Einstellung zu spezifischen Angeboten				
Subkategorie	Einst.	Gründe	Pb	Ankerbeispiele
Heime	Pro	Hilfreich erlebt	3 B, I, M	(Sohn geht in Schulheim; I: Was für Erfahrungen machen Sie dort?) Eigentlich ganz gute. (I, 105-106)
	Contra	Eigene schlechte Erfahrungen	2 E	Ich war 13 Jahre im Heim und das prägt schon... Die Sachen gelernt, die man nicht sollte. (E, 142-144)
		Vorurteile	3 A, H, L, M	Ein Heim wäre nicht in Frage gekommen. Da hätte ich eher auf meine Nachholbildung verzichtet, als dass ich das zugelassen hätte. Das ist mir zu unpersönlich. Ich habe noch keines von innen gesehen, aber das ist halt das Gerücht... Und bei einem Heim kann ich mir auch nicht vorstellen, dass es über längere Zeit wohnlich wäre. (M, 64)

Hauptkategorie: Einstellung zu spezifischen Angeboten				
Subkategorie	Einst.	Gründe	Pb	Ankerbeispiele
Behörden (KJD, Sozialdienst, KESB)	Pro	Hilfreich erlebt	3 B, M, N	Ich bin jetzt sehr dankbar um den Beistand, den ich jetzt habe, der Nägel mit Köpfen macht. (M, 68)
		Schutz des Kindes	1 F	... aber ich finde, dann muss man einfach schauen, dass das Kind geschützt wird... Und ich finde es dann gut, dass es dann wirklich so etwas gibt... es ist notwendig finde ich. (F, 117)
		Evtl. bei Teenagern	1 C	Ich könnte mir vorstellen, wenn die Kinder älter sind, wenn es um Kriminalität geht... dass man dann eher solche Hilfe braucht. (C, 66)
		Evtl. für Organisation Kinderbetreuung, Thematisierung der Erkrankung	4 C, J, H, N	Ja, für die Erklärung auf jeden Fall. Und ein bisschen Kinderbetreuung... erklären und besprechen, wie er damit klar kommt. Ob er damit klar wird. Und wenn nicht: Die nötige Sache machen, damit er klar kommt. (J, 90)
	Contra	Angst vor Kindeswegnahme/ Bevormundung	8 A, C, E, H, J, K, L, N	Ich könnte mir vorstellen, wenn es um Geschichten wie Jugendamt geht oder sowas, dass wir da erstmal ganz vorsichtig wären... Weil es da um so etwas wie Kind wegnehmen oder so geht. Das ist natürlich dann so ein ganz essentieller, tiefer Eingriff... (C 16-18)
		Gefühle des Scheiterns	3 C, D, I	Bei älteren Kindern könnte ich mir das vorstellen. Aber auch das wäre kein einfacher Gang. Das wäre eher so, boah, wir sind gescheitert. (C, 66)
		Arbeitsweise der KESB	1 I	Die haben dort Umstrukturierungen... Dort wird abgebaut. Die Dossiers stapeln sich bis da oben und diejenigen, die nicht geschlagen werden, sind im unteren Drittel... so wie die das zur Zeit handhaben, ist das für die Katze. (I, 112)
		Anstrengender Apparat	4 B, I, M, N	Es sind zwar liebe Leute, aber es ist extrem anstrengend, was für ein Apparat das ist. Und es ermüdet, das ist schon so. (M, 68)

Hauptkategorie: Einstellung zu spezifischen Angeboten				
Subkategorie	Einst.	Gründe	Pb	Ankerbeispiele
Freunde/ Verwandte	Pro	Hilfreich erlebt	6 C, D, F, H, L, N	Meine Freunde haben mich viel unterstützt. (L, 120)
		Wenn man es verdanken kann gut erlebt	1 M	Bei Freunden, die man verdanken kann und Nachbarn, die man verdanken kann, ist es überhaupt kein Problem. (M, 70)
	Contra	Hilfe wurde abgeschlagen	1 I	Meistens wurde noch Hilfe abgeschlagen. Und dann hat man sich einfach zurückgezogen. Man macht das Zeug alleine... Mit der Zeit fragt man gar nicht mehr. (I, 116-118)
		Hilfe belastet	1 M	(Mutter)... sie hilft viel, sie macht viel, aber sie hat keine Ahnung von vernünftigen Grenzen. (M, 10) Meine Mutter ist ein riesiges Problem. Das belastet mehr, als dass es hilft. (M, 68)
		Keine wirkliche Hilfe im Alltag	2 L, N	...man kann sich gegenseitig Tipps geben, aber... wirklich als Hilfe im Alltag ist da irgendwie nichts... also, das kann ich nicht erwarten. (N, 62)
		Angst vor Überlastung der Helfer	2 D, H	Und dass jemand eigentlich ein Hilfsangebot gemacht hat und man das dann auch in Anspruch nimmt und dass das nachher wie auch die, die Helfen beginnt zu belasten oder? (H, 128)

Hauptkategorie: Hilfesuchverhalten/ Informationsbeschaffung			
Subkategorie	Definition	Pb	Ankerbeispiele
Hilfesuchverhalten (Antwort auf die Frage: „Würden Sie lieber selber Hilfe suchen oder Hilfe angeboten erhalten?“)	Eigene Suche wird bevorzugt	3 A, D, E	Selber, also lieber selber. (A, 68)
	Angebot von Hilfe wird bevorzugt	2 J, N	Ich würde Hilfe nicht holen, aber wenn man drin ist, dann wäre es (Hilfsangebot) sehr schön und sehr gut. (J, 94)
	Je nach Situation/ je nach Bedarf	6 B, C, F, H, I, K	Ja, das kommt eigentlich noch etwas auf die Situation drauf an oder? (...) Es hat mich am Anfang sehr viel Kraft und Überwindung gekostet um zu sagen: "Hallo, ich bin da und ich brauche Hilfe" oder? (...) Als zu dem Zeitpunkt wäre ich wohl sofort einverstanden gewesen, wenn jemand gekommen wäre und gesagt hätte "da können wir Ihnen helfen". Auf der anderen Seite denke ich, eben es gibt auch Situationen, wenn es nicht so akut ist oder? Wo man sehr wohl in der Lage ist zu sagen "doch, ich glaube das wäre jetzt das Richtige", also dass man es sich anschaut und dann entscheidet, das ist jetzt der richtige Ort oder? (H, 140)
Emotionale Reaktion auf angebotene Hilfe	Erleichterung, Freude	3 F, H, J	Das wäre super schön... Das wäre super. Ich würde das auf jeden Fall annehmen. Mh, ja. (J, 52)
	Gefühl von Bevormundung/ Grenzüberschreitung	4 A, C, I, K	Wenn in einer Situation jemand kommt: "Oh, ich helfe dir". Dann hat das schnell etwas von Bevormundung. (C, 76)
	Scham, Hilflosigkeit	1 L	... ich wollte irgendwie auch keine Hilfe annehmen. Ich habe mich geschämt. Ich war hilflos. (L, 78)
	Gefühl von Stigmatisierung	1 I	Andererseits kann das aber auch heißen: "Wou, mit mir stimmt überhaupt nichts" und "was wollen die" und "ist es so schlimm?" (I, 122)
Wege/ Mittel der Informationsbeschaffung	Telefon/ Internet	2 I, K	Also sicher über's Internet. Ja, über das Internet. (I, 128)
	Gespräche	12 B, C, D, E, F, G, H, J, K, L, M, N	Ich glaube meine Psychiaterin oder Hausarzt, das ist so... ja. (F, 148) Weitere Nennungen unter „Bevorzugte Ansprechperson bei Hilfebedarf“

Hauptkategorie: Hilfesuchverhalten/ Informationsbeschaffung			
Subkategorie	Definition	Pb	Ankerbeispiele
Bevorzugte Ansprech-person bei Hilfsbedarf	Ansprechperson aus dem privaten Umfeld	6 D, F, H, K, L, M	Über Freunde. Und dort nachfragen. Eben gerade bei diesem Götti. (L, 133) Weitere Nennungen: Freunde, Verwandte, Partner, Eltern, Kirchgemeindemitglieder
	Fachpersonen, mit denen man schon in Kontakt steht	10 B, C, E, F, G, H, J, K, M, N	Ja, wenn man dort in Kontakt ist ja. Dass man von dort her Unterstützung erhalten würde. (H, 146) Ich würde eigentlich jetzt über den Kinderarzt zum uni-kinderpsychiatrischen Dienst (gehen). Weil ich es mittlerweile einordnen kann. Ich weiss, mit wem ich es zu tun habe. Habe gute Erfahrungen gemacht. Ähm... ich würde direkt dahin gehen, ja. (C, 75) Weitere Nennungen: Psychologe, Psychiater, Hausarzt, Kinderarzt, Behörde, IV
	Nur medizinische Fachpersonen gewünscht	1 C	...hier gibt es ja dann noch Betreuer, die dann logopädisch und sonst wie versuchen positiv einzugreifen... ich würde mir auch von so einer Institution in... also, die würde ich nicht anerkennen. Sind für mich keine Profis. Keine Mediziner. (C, 76)

Hauptkategorie: Hindernisse bei der Inanspruchnahme von Hilfe			
Subkategorie	Definitionen	Pb	Ankerbeispiele
Unkenntnis über Angebote	Keine Kenntnisse über Angebote	3 F, H, N	Ja, schon nur die ähm... einerseits vielleicht auch Unkenntnis, was gibt es überhaupt und wo müsste ich, also wo wäre der richtige Ort eigentlich für mich? (H, 142)
Fehlende finanzielle Mittel	Fehlende Finanzmittel / Kostengutsprache	5 C, H, I, J, N	Ja, also es ist eine finanzielle Komponente. (H, 126)
Stigmatisierung	Angst vor / Erfahrungen mit Stigmatisierung	5 A, C, F, I, J	Weil man wirklich einen Stempel auf der Stirn hat, wenn man mit drei Kindern alleinerziehend ist. Dann ist man - egal, wo man hinkommt - überfordert, drei Kinder, schwierige Familienverhältnisse. Der Stempel, der ist wirklich da und den bekommt man nicht mehr weg. (I, 61)
Emotionale Komponenten	Gefühl, durchhalten zu müssen	2 F, I	Ich habe früher immer gedacht: "Jetzt musst du noch durchhalten". (...) Ähm, eben "Durchhalten, durchhalten. Irgendwann sind sie gross und dann kannst du gehen. Dann kommst du dran". (I, 100)
	Versagensgefühle	1 F	Weil wenn man gesund ist, ist man als Mami der Manager und, und, und... ((lacht)) und plötzlich sollte man irgend einen Teil abgeben, was ja eigentlich auch hilfreich wäre, aber es ist dann einfach auch schwierig. (F, 131)
	Schamgefühle	2 F, L	Also wirklich sagen: "Hey nein, das ist mir jetzt peinlich, wenn ich jetzt sogar noch das brauche oder jenes". (F, 123)
	Schuldgefühle	2 I, J	Und ich würde mich schuldig fühlen, sie irgendwohin zu schicken und nein. Man ist sowieso so voller Schuld. Das würde es einfach noch schlimmer machen. (J, 86)
Fehlende Krankheits-einsicht	Hilfsbedarf wird nicht erkannt	3 F, I, L	Ich weiss auch nicht. Ich hätte es wahrscheinlich nicht gemacht. Ich habe mich damals ja nicht als so krank empfunden. (L, 88)
Fehlende Kapazität	Fehlende Kraft / Energie	5 H, I, J, M, N	Machmal fehlt mir dann auch die Energie, um überhaupt noch Ideen zu haben. (N, 84)
	Zusätzlicher Aufwand durch Hilfe (Organisation, Zeitaufwand, Termine, etc.)	5 F, H, I, M, N	Wenn man die Kinder für ein Wochenende abgibt oder so, dann ist es... das zu organisieren und das Bringen und die Verabschiedung und nachher hat man doch trotzdem, also kann man nicht so richtig loslassen und dann wieder das Abholen und dann braucht es diese Angewöhnungszeit wieder. (H, 78)

Hauptkategorie: Hindernisse bei der Inanspruchnahme von Hilfe			
Subkategorie	Definitionen	Pb	Ankerbeispiele
Schwierigkeit in der Zusammenarbeit mit Helfern	Zu viele Ansprechpersonen	5 G, H, I, M, N	Und nochmals jemand zusätzlich einschalten... also ich hatte eigentlich schon recht ein grosses Helfernetz irgendwie. Und ich wollte es auch nicht zu sehr verzetteln. (N, 120)
	Fehlende Vernetzung unter verschiedenen Anbietern	5 F, H, I, M, N	Sie hätten vielleicht besser mit den Behörden oder mit dem Vater zusammenarbeiten können. Zum Beispiel einmal zu einem Gespräch hinzitieren, nicht nur mich. (I, 60)
	Unzuverlässigkeit von privaten Helfern	3 I, M, N	Mein Ex-Freund irgendwie ist eigentlich auch gut mit Computer und eigentlich haben wir mal abgemacht, dass er schaut wegen so Sachen, weil er eh schon viel im Internet ist. Aber das hat dann auch nicht geklappt. (N, 104)
	Kommunikation unter Helfern	3 I, M, N	Es läuft sehr viel übers Weitersagen, sag ich mal so. Ich komme mir manchmal vor wie in diesem Telefonspiel oder? Wo man am Anfang irgendetwas sagt und was dabei rauskommt am Schluss ist so: "Ui" (N, 164)
Angst vor Konsequenzen	Angst vor dem Verlust von Kontrolle / Privatsphäre	4 C, E, F, N	Und handkehrum ist es natürlich auf Deutsch gesagt ein "Seelenstrip-teas" oder? Und das muss halt zuerst auch mal zulassen. (E, 153)
	Angst vor Kindswegnahme	7 A, C, E, F, J, L, N	Also ich hatte schon auch Angst, wenn es irgendwann zu viele Hilfen sind, dass man sagt, irgendwie, "die kommt ja gar nicht klar" sozusagen. "Die Kinder kommen weg" und schlussendlich ist es auch auf das rausgelaufen ja. (N, 168)
Angst vor Auswirkungen auf Kinder	Bedenken, dass Kinder schlecht betreut werden	3 I, M, N	Ich glaube, das ist schon die Voraussetzung, wenn man so etwas macht. Dass man weiss, dass die Kinder gut aufgehoben sind. Und man sich wirklich keine Gedanken machen muss, was jetzt gerade ist, wo sie gerade sind, was sie treiben. (I, 136)
	Angst, dass Kinder „überbehandelt“ werden.	3 C, F, J	Aber eben das ist wirklich mit Vorsicht zu geniessen. Inwieweit gehe ich dann zu tief rein. Also schaut man dann zu gut oder wie sagt man... ja (...) Oder einfach, man will ja beim Kind auch nichts kaputt machen. Also es soll auch noch Kind sein dürfen. (F, 149)

Hauptkategorie: Hindernisse bei der Inanspruchnahme von Hilfe			
Subkategorie	Definitionen	Pb	Ankerbeispiele
Auflagen	Auflagen, um die Kinder wieder zu sich zu nehmen	3 L, N, M	Und ich würde gerne wieder nach Hause und es dort probieren, weil da sollte ich ja am Schluss auch klarkommen und sie sind da eher der Meinung, dass ich in ein geschütztes Wohnen soll und jetzt erstmals für mich schauen soll irgendwie ein Jahr zwei. Das ist für mich einfach kein Thema, muss ich ehrlich sagen. Also wenn es keine Lösung ist, die dann direkt mit den Kindern zusammen ist... (N, 182)
Resignation, Ohnmacht aufgrund von Erfahrungen	Resignation, Ohnmacht aufgrund von Erfahrungen	3 I, M, N	Und meistens ist es dann eben nicht unterstützend gekommen, sondern man hat dann noch Salz in die Wunden gestreut. (I, 60) Bei den ganzen Behörden steht natürlich ein riesiger Apparat dahinter. Wenn du einmal drin bist... man kommt so schnell nicht mehr raus. Das muss einem klar sein. Und es wird einem auch zu einem gewissen Grad auf jeden Fall aus den Händen genommen. Das ist erschreckend. Das hat bei mir auch eine Ohnmacht gebracht, was schlussendlich wirklich zum Zusammenbruch geführt hat. (M, 71)
Keine Hindernisse	Keine Bedenken / Hinderungsgründe	2 B, K	Ich habe da nur Vorteile. (B, 126) Ich nehme das ja freiwillig an, dann kann ich auch freiwillig wieder gehen. (B, 136)
Sonstiges	Helfer nicht belasten wollen	1 H	Ja, dass wie, wenn sich das jetzt über einen längeren Zeitraum erstreckt oder? Und dass jemand eigentlich ein Hilfsangebot gemacht hat und man das dann auch in Anspruch nimmt und dass das nachher wie auch die, die Helfen beginnt zu belasten oder? (H, 128)
	Kein Vertrauen in nicht-medizinische Fachpersonen	1 C	Und ich würde mir auch von so einer Institution in... also, die würde ich nicht anerkennen. Sind für mich keine Profis. Keine Mediziner. Ich würde zum Kinderarzt gehen und wenn der sagt "klär das ab", dann würde ich es machen. (C, 75)
	Überforderung der Helfer	2 I, N	Und wenn man anfängt, ein wenig ins Detail zu gehen, sind die eh schon überfordert. Das ist meine Erfahrung und zwar durchs Band. (I, 120)
	Änderungsbedarf nur bei sich selber sehen	1 A	Und irgendwie... die Lösung ist eben, dass ich jetzt Abstand halte vom Kind. (A, 70)

Hauptkategorie: Wünsche bezüglich der Inanspruchnahme von Hilfe			
Subkategorie	Definition	Pb	Ankerbeispiele
Wertschätzende Haltung der Helfenden	Ernst genommen werden	5 A, I, L, M, N	Vielleicht auch einmal mich genauer anschauen... Was ist da los? Ähm, ich weiss es nicht so genau. Ich denke, sicher ein bisschen mehr hinschauen. Dass es dort Hilfeleistungen hätte geben können. Und, obwohl ich manchmal gesagt habe "Ich kann nicht mehr, ich mag nicht mehr und was kann ich machen?" war das auf den Behörden immer sehr mühsam. (I, 18)
	Gehört werden	2 A, I	Sie (Psychologin) hat mich immer wieder bestätigt. Und, zum Beispiel habe ich etwas erzählt und nach drei, vier Wochen hat sie aus dem Stand sagen können, was ich vor vier Wochen gesagt habe. Das hat mir ein solch gutes Gefühl gegeben. So quasi: Ich bin ernst genommen worden. Mir wurde wirklich zugehört und sie war wirklich da. (A, 84)

Hauptkategorie: Wünsche bezüglich der Inanspruchnahme von Hilfe			
Subkategorie	Definition	Pb	Ankerbeispiele
Erleichterter Zugang zu Hilfsangeboten	Helfen, bevor Situation eskaliert	3 I, M, N	Ich meine, ich habe diese Familientherapie. Aber die zahlt jetzt z.B. der Staat. Einfach weil es vorab eine Gefährdungsmeldung geben musste. Und das ist... das finde ich persönlich traurig, dass es zuerst so weit kommen muss. Dass irgendwo ein Grund gefunden wird, woraus man eine Gefährdungsmeldung machen könnte. Dann ist es finanziert, dass sie Hilfe bekommen. Das ist etwas, das auch belastet. Weil es dann dort drin steht und Fragen aufwirft. (M, 94)
	Ermutigung, Hilfe in Anspruch zu nehmen / Angst wegnehmen	5 F, I, J, M, N	Schon auch ein wenig mehr Mut gemacht werden. Also den Mütter wirklich auch sagen: "Ihr dürft das auch machen oder ihr sollt das wirklich auch machen, wenn es euch nicht gut geht". Weil es ja gut ist für das Kind schlussendlich sowieso. Wirklich vielleicht auch etwas lockerer damit umgehen, nicht so "sonst kommt dein Kind quasi... sonst gibt es dann Konsequenzen", das denken ja noch ganz viele. Sondern wirklich einfach sagen, "Hey, es würde euch einfach nur gut tun oder ihr dürft, ihr habt hier wirklich eine Anlaufstelle, wo ihr einfach nur dürft, wo ihr nicht Angst haben müsst". (F, 183)
	Vernetzung unter den Beteiligten	2 I, N	Sie hätten vielleicht besser mit den Behörden oder mit dem Vater zusammenarbeiten können. Zum Beispiel einmal zu einem Gespräch hinzuziehen, nicht nur mich. Aber das hat man nicht gemacht. (I, 59)
	Erleichterter Zugang dank Finanzierung	3 I, M, N	Und ich wüsste jetzt nicht, dass eine Krankenkasse so etwas bezahlt. Das wär mir noch ein Anliegen. (M, 96)

Hauptkategorie: Wünsche bezüglich der Inanspruchnahme von Hilfe			
Subkategorie	Definition	Pb	Ankerbeispiele
Praktische Hilfe bei der Kinderbetreuung	Hilfe für Hausaufgaben-Begleitung des Kindes	1 J	Aber auf jeden Fall Hilfe mit Hausaufgaben kontrollieren und einfach die Stimmung für das Kind halten. (J, 60)
	Entlastung in Kinderbetreuung	2 F, N	Und was ich auch sehr froh gewesen wäre, wäre eine Entlastung am Wochenende. Also dass ich einfach mal ein Freitag gehabt hätte, irgendwie um wirklich abschalten zu können oder auch mal ausschlafen, einfach um den Rest der Woche auszukorrigieren oder ja... (N, 64)
	Kinderbetreuung während Klinikaufenthalt zu Hause	2 D, J	Eine Hilfe zu Hause, die für meinen Sohn da wäre. Ich habe schon gesagt, die Situation, dass die Mama weg ist, ist schon sehr belastend für ihn und es war vorher für Monate schon nicht gut. Das wäre schön. Dass jemand die sechs Wochen jeden Mittag da wäre. Das wäre super. (J, 117)
	Unterstützung bei Thematisierung mit Kind	2 H, J	Ja, dass sie erklären können, was mit Mummy los ist. Und dass es ihr besser gehen wird. Ja, ich denke, das würde auf jeden Fall helfen. Weil: Er sagt immer: "Are you better?" "Are you better?" Und wenn jemand da ist, der sagt: "Das ist eine Phase und das wird vorübergehen". (J, 62)
	Hilfe bei der Alltagsgestaltung	2 F, N	Dass Therapeuten nach Hause kommen und so quasi Tagesstruktur reinbringen oder mal sagen: "Jetzt kochen wir etwas zusammen oder wir gehen jetzt zusammen mit dem Kleinen raus oder wir reden jetzt mal 10 Minuten wenn es nicht gut geht". (F, 64)
Mentale Unterstützung bei der Kinderbetreuung	Stimmung halten / Freude reinbringen	2 F, J	Aber Hilfe, um die Stimmung gut zu halten. (J, 60) Und auch mit dem Kind, vielleicht ein wenig Elan und Freude reinbringen. So etwas ja. (F, 70)
Austausch mit anderen Eltern	Austausch mit anderen / Tipps geben / Ansprechperson haben	3 F, I, N	Ja, also allgemein irgendwie mit anderen Eltern zusammen kommen und sich austauschen. Das hat mir gefehlt. (N, 114)

Hauptkategorie: Wünsche bezüglich der Inanspruchnahme von Hilfe			
Subkategorie	Definition	Pb	Ankerbeispiele
Angebote für Hilfe zu Hause	Fachpersonen die nach Hause kommen	2 F, N	Aber ich hätte mir eigentlich eine Person gewünscht, die einfach etwas Erfahrung mit dem hat. Also, die einem anders begegnet in solch einem Moment. (I: also Erfahrung mit psychischer Erkrankung?) Ja genau, eine Person, die auch weiss, jetzt bin ich auf so einem hohen Level oben. Da kann mir jedes Schwiegermami sagen, du weisst ja es passiert nichts und bla-bla, es nützt dann einfach nichts. (F, 56)
Sonstiges	Ansprechperson für Rechnungen, prakt. Hilfe, Briefe schreiben,	1 I	Ich denke, sicher jemand, mit dem man das anschauen könnte. Und dann gewisse Sachen abnehmen könnte. Sei das... eben mit der Überlastung ist einem alles zuviel. Sei das mit Rechnungen, Zahlungen, Briefen, Ämtern anschreiben oder Dinge regeln. Ähm. So wie ein Ansprechpartner, wenn eben etwas ist. (I, 126)
	Fahrdienst für Termine/ Fahrdienst, der Kinder in Klinik bringt	2 C, N	Also was mir helfen würde wäre, dass in den Zeiten, wo ich Angststörungen habe und nicht raus gehen kann. Dass ich da einen Fahrdienst haben könnte zum Beispiel. Also wenn ich weiss, ich muss an Termine, die wichtig sind, dass ich die nicht absagen muss, sondern trotzdem gehen könnte und nicht in die öffentlichen... ins öffentliche Getümmel müsste. (N, 84)
	Betreutes Wohnen mit Kindern	1 N	Ich würde gern schauen, ob es eine Wohnform gibt irgendwie, wo ich zuerst mich selber stabilisieren könnte und dann die Kinder zu mir nehmen und das gibt es fast nicht, also... (N, 182)
	ADHS-Coaching	1 N	Also ich hätte mir auch gewünscht... ich habe nur gesehen, dass es in anderen Ländern so was gibt wie ADHS-Coaching, also dass jemand nach Hause kommt und einen in den verschiedenen Lebensbereichen hilft. Oder auch Tipps gibt für die Kindererziehung, jetzt speziell auf das ADHS. (N, 150)

Hauptkategorie: Thema Elternschaft in der Klinik			
Subkategorie	Definition	Pb	Ankerbeispiele
Besuche der Kinder	Erlebnisse/ Erfahrungen mit Besuchen	6 B, C, D, H, I, K	Sie kennt, also die U3-Station, Entzugsstation. Sie kennt hier mein Zimmer. Also, sie kommt mich gerne besuchen. Das ist jetzt also nicht dieses Tabuthema: Der Alte ist im Krankenhaus oder weg oder... Nein, nein. Die kommt jetzt her, besucht mich. Und isst mit. Der schmeckt es hier total lecker. (C, 6)
	Besuche nicht möglich (Gründe: Pflegefamilie, Partner, Zeitlich)	6 A, J, K, L, M, N	Habe das einmal gewünscht. Meine Frau hat gesagt, sie macht kein Schritt in dieses Areal herein. (A, 80) Nein, er ist noch nicht hierher gekommen. Weil es auch belastend ist: Hausaufgaben, Schule bis 16.30 Uhr und X. (Ortschaft). Aber ich habe es ihm erklärt und habe ihm Fotos gezeigt und alles gesagt. (J, 103)
	Besuche werden nicht gewünscht (Kinder schützen)	4 E, F, G, L	Ja, ich habe das Gefühl... ich weiss auch nicht warum. Dass sie nicht miterleben müssen, wie schlecht es mir geht. (L, 140) NEIN!! Nein, auch im Gefängnis nicht. Weil, also ich denke, das ist... also dass ich hier bin, ist schon sehr sehr schlimm. Weil das ist wirklich so der letzte Notschirm, der man ziehen kann. Aber der Sohn muss solche Dinge nicht sehen. (G, 77)
Kontakt zu Kindern	Telefonate/ SMS	7 B, D, H, I, J, K, L	Mit SMS. Einfach wie es ihnen geht und sonst nichts. (L, 138) Ja, also ich telefoniere jeden Tag. (D, 130)
	Kontakt ist aufwühlend für die Kinder	3 F, M, N	Ich habe den Eindruck, es tut ihm wie nicht gut. Also es ist dann immer wieder ganz ganz schwierig. Obwohl es ist auch sehr schwierig, wenn man nie Kontakt hat sonst die ganze Woche. (...) Aber für ihn glaube ich fast am besten im Moment. (F, 160)
Wochenenden zu Hause	Positive Erfahrungen	6 B, H, I, J, K, M	Und jetzt am Wochenende darf ich nach Hause. Ja, da freu ich mich darauf, sehe ich die Kinder wieder. (H, 162)
	Negative Erfahrungen	3 A, F, N	Also was ich auch so schwierig finde jetzt zum Beispiel sind diese Belastungswochenenden. Man ist die ganze Woche so eingehüllt und dann macht es einfach so "Zägg" und jetzt gehst du wieder in deine Familie und schaut selber... und das ist ganz ganz schwierig. (F, 157)

Hauptkategorie: Thema Elternschaft in der Klinik			
Subkategorie	Definition	Pb	Ankerbeispiele
Gespräche mit Klinikpersonal	Elternschaft wird thematisiert	10 A, B, C, D, H, I, K, L, M, N	Hier ist jetzt das erste Mal, wo man es gehört hat und wo man es angeschaut hat. Das erste Mal nach so langer Zeit. Das ist eine ganz neue Erfahrung. (I, 120) Das ist immer wieder ein Thema. Sicher, ja. (K, 84)
	Elternschaft wird nicht thematisiert	4 E, F, G, J	Nein, niemand. Das ist ein besseres... also hier fängt man nur auf. Das ist nur ein Auffangbecken. (G, 44)
	Thematisierung wird (vermehrt) gewünscht	5 C, F, H, J, L	Ich denke, dass ist sehr ein wichtiger Teil von mir und insofern, ja, dürfte der auch Beachtung erhalten. Ja. (H, 156)
	Thematisierung wird nicht gewünscht / als nötig erachtet	2 E, G	Nein, da rufe ich lieber gleich das Jugendamt an, wenn etwas ist. (E, 183)
Gespräche mit Mitpatienten	Austausch mit Mitpatienten	6 B, E, H, K, M, N	Ansonsten wenn man sich gegenseitig weiterhilft: "Wie machst du das?" "So mache ich das". "Probiere doch mal". (M, 86)
Genutzte Angebote	Elterngruppen	4 D, L, M, N	Ich gehe auch diese Familiengruppe anschauen. Einfach einmal schauen und mitreden. (M, 86)
	Ansprechperson in der Klinik für Elternfragen	3 B, I, M	Herr H. (Oberarzt) hat ja noch gesagt, er wäre auch eine Ansprechperson. Da habe ich ihn gerade geschnappt. Und gesagt, dass ich eben noch ein Gespräch möchte. (I, 140)
	Vermittlung von externen Hilfsangeboten	3 A, B, N	Es sind auch Angebote gekommen, während ich hier war, vor allem äh, Angebote, äh, so für eine Egetherapie. (A, 72)
Infrastruktur	Vorhandene Infrastruktur für Kinder	3 D, F, H	Ja, also hier haben Sie einfach auf der Veranda so eine Spielkiste mit Sachen drin. (F, 168)
	Wünsche bezüglich Infrastruktur	3 D, F, H	Ja vielleicht noch ein Zimmer mit Spielzeugen. Wirklich ein Zimmer, wo die Kinder kommen können und dort spielen und die Eltern können sitzen oder auch mitspielen. (D, 150)
	Keine Infrastruktur in Klinik gewünscht	3 C, E, G	Keine Kinder-Infrastruktur. Das ist nicht nötig. Gehört eigentlich auch nicht hierher. Also eben... wenn meine Tochter jetzt hierher kommt und sie würde ein Spielzimmer vorfinden... also das hat dann diesen Spasscharakter... es ist kein Spielplatz hier. Das hat ja schon eine gewisse Ernsthaftigkeit. Nö, fände ich absolut übertrieben... hier eine Kinderinfrastruktur einzurichten. (C, 103)

Hauptkategorie: Thema Elternschaft in der Klinik			
Subkategorie	Definition	Pb	Ankerbeispiele
Wünsche	Ansprechperson für Elternfragen	3 C, F, H	Also, was vielleicht hilfreich wäre... (...) schon ein Spezialist, der in Richtung Familientherapie ausgebildet wäre. (C, 80)
	Einbezug der ganzen Familie	1 I	Vielleicht höchstens, dass sie von sich aus fragen könnten: "Wie ist die Situation mit den Kindern? Wollen wir da ein Gespräch machen? Sollen die alle einmal kommen?" (I, 138)
	Gespräche mit den Kindern	2 J, H	Vielleicht ein Angebot, ein Gespräch mit den Kindern von Eltern. Im Alter von 12, in dem sie bereit sind, etwas zu wissen. Einfach eine Erklärung. Das wäre schön. Aber das ist das einzige Ding, das vielleicht fehlt. (J, 105)
	Elterngruppe	4 F, J, M, N	Nein, das ist auch etwas, das mir ein bisschen fehlt. So einmal eine "Mami-Gruppe", wo man einfach mal miteinander besprechen kann mit den anderen Mamis: "Hey, wie fühlst du dich jetzt eigentlich dabei?". (F, 157)
	Angebote besser / aktiver kommunizieren	4 C, F, H, I	Ja oder irgendwie in der Broschüre von der Klinik das wirklich auch mit aufführt, dass das darf und soll Platz haben. Das ganze Thema Kinder, weil es sind halt wahnsinnig... ob Papis, ob Mamis... Es ist ein zentrales Thema und ich finde, man schiebt das zu sehr auf die Seite. (F, 179)
	Keine Wünsche	3 B, E, K	I: Gibt es Dinge, die Sie sich von der Klinik wünschen würden, die den Kontakt noch vereinfachen würden? Herr K.: Nicht mehr, als dass angeboten wird. (K, 82)
Sonstiges	Keine Angebote bekannt	5 C, D, F, I, K	Ich habe gedacht, ich muss die ganze Situation alleine schaffen, eine Lösung finden. Ich habe bis jetzt gedacht, das ist so. (D, 146)

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne Benützung anderer als der angegebenen Hilfsmittel verfasst habe.

Unterschrift: