

Psychische Gesundheit aus der Generationenperspektive (PGG)
Bericht zu den Ergebnissen der explorativen Studie zum Belastungserleben und Unterstützungsbedarf psychisch belasteter Eltern

Studienleitung

Dr. phil. Maria Teresa Diez Grieser
Forschungsleitung Kinder- und
Jugendpsychiatrische Dienste St. Gallen

**Wissenschaftliche
Mitarbeitende**

Sebastian Schenkel
Florence Simonetta
Dominik Flükiger
Tobias M. Schmid
Sarah Tylla

Projekt-ID 2019-00180
Ethikkommission Ostschweiz

St. Gallen, Januar 2020

Danksagungen

Die PGG-Studie, die wichtige Erkenntnisse zur Befindlichkeit, zum Belastungserleben und zum Unterstützungsbedarf von psychischen kranken Elternteilen ermöglicht, hätte ohne den Einsatz und die inhaltliche Unterstützung der Projektgruppe nicht realisiert werden können.

Die Projektgruppe war folgendermassen zusammengesetzt:

Dr. med. Suzanne Erb, Chefärztin KJPD St. Gallen

PD Dr. med. Thomas Maier, Chefarzt Psychiatrie St. Gallen Nord

Dr. med. Thomas Meier bis August 2019, Chefarzt Psychiatrie-Dienste Süd

Dr. med. Ralf Pelkowski, Psychiatrie Appenzell Ausserrhoden; ab August 2019

Dr. med. Christine Poppe, Chefärztin

Irene Klaasen van Huusen, Psychologin, Medizinischer Stab, Klinik Wil

Esther Scherer, Angehörigenberaterin Psychiatrie St. Gallen Nord

Thomas Lampert, Angehörigenberater Psychiatrie-Dienste Süd

Die finanziellen Mittel für die Durchführung der Studie wurden von den KJPD St. Gallen sowie zu einem grossen Teil aus dem Forschungsfonds der Psychiatrie St. Gallen Nord und der Psychiatrie-Dienste Süd bereitgestellt. Ohne diese wichtige Unterstützung hätte die Untersuchung nicht stattfinden können.

Mehrere Kolleginnen und Kollegen haben sich im Rahmen einer wissenschaftlichen Begleitgruppe mit den Fragestellungen und der Auswertung der Ergebnisse der PGG-Studie an zwei Treffen engagiert und wichtige Ideen und Vorschläge eingebracht, die zur Qualität der Studie einen wichtigen Beitrag geleistet haben.

Den Kolleginnen und Kollegen der wissenschaftlichen Begleitgruppe sei für ihre Unterstützung herzlich gedankt:

Dr. biol. Dipl. Psych. Marc Schmid, UPK Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel, Kinder- und Jugendpsychiatrische Forschungsabteilung

PD Dr. med. Dr. phil. Daniel Sollberger, Chefarzt Zentrum für spezifische Psychotherapien und Psychosomatik, Chefarzt Zentrum für psychosoziale Therapien, Privatdozent an der Medizinischen Fakultät der Universität Basel

Prof. Dr. phil. Agnes von Wyl, ZHAW Angewandte Psychologie, Fachgruppe Klinische Psychologie und Gesundheitspsychologie

Dr. Astrid de With Hirsig, Statistische Methodenlehre, ehemals Psychologisches Institut Universität Zürich.

An den verschiedenen Standorten der Erwachsenenpsychiatrien haben verschiedene Kolleginnen und Kollegen aus dem medizinischen, aus dem psychologischen, aus dem pflegerischen Bereich und aus der Sozialarbeit die Erhebung der Daten tatkräftig unterstützt und für das Gelingen der Arbeit des wissenschaftlichen Teams entscheidende Hilfestellungen gegeben.

Vor allem sei aber den Müttern und Vätern gedankt, die trotz psychischer Belastung die Fragebögen ausgefüllt haben und in vielen Fällen auch bereit waren, zusätzlich an einem Interview teilzunehmen. Die Erkenntnisse, die wir mit Hilfe der vorliegenden Studie generieren können und die darauf aufbauenden Ergebnisse werden hoffentlich einen Beitrag zur Verbesserung der Betreuung und der Lebenssituation von psychisch belasteten Eltern und ihren Kindern leisten können.

Maria Teresa Diez Grieser, St. Gallen, Januar 2020

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung

1. Einleitung	1
2. Theorie.....	3
2.1 Stand der Forschung.....	3
2.2 Fragestellung	3
3. Methode.....	5
3.1 Stichprobe und Design	5
3.2 Studienteilnehmende und -ablauf.....	5
3.3 Standorte der Datenerhebung	5
3.3.1 Information und Sensibilisierung der Fachpersonen.....	5
3.3.2 Datenerhebung mit standardisierten Fragebögen.....	6
3.3.3 Qualitative Datenerhebung mittels Einzelinterviews	7
3.4 Auswertung.....	8
4. Ergebnisse.....	9
4.1 Quantitative Daten aus den Fragebögen.....	9
4.1.1 Beschreibung der erreichten Gruppe.....	9
4.1.1.1 Beschreibung der Kinder der erreichten Gruppe	10
4.1.2 Zusammenfassende Beschreibung der Studienstichprobe.....	10
4.1.3 Belastungserleben der befragten Eltern.....	11
4.1.4 Belastung der Kinder aus der Sicht der Eltern.....	13
4.1.5 Zusammenfassung bezüglich Belastungen in der erreichten Gruppe.....	14
4.1.6 Familiärer Unterstützungsbedarf	15
4.2. Die Interviewgruppe.....	21
4.2.1 Vergleich zwischen Gesamtgruppe und Interviewgruppe	21
4.2.1 Daten aus den Interviews	22
4.2.1.1 Belastungen und spezifische Sorgen der Eltern.....	22
4.2.1.2 Unterstützungsbedarf	24
a) Unterstützungsbedarf in der Erwachsenenpsychiatrie.....	24
b) Unterstützungsbedarf ausserhalb der Erwachsenenpsychiatrie.....	26
4.2.1.3 Zusammenhang zwischen Belastungsgrad und Unterstützungsbedarf.....	27
4.2.1.4 Rahmenbedingungen für die Inanspruchnahme der Angebote	28
4.2.1.5 Beschreibung und Wahrnehmung der Kinder durch die interviewten Eltern	29
5. Diskussion	31
6. Fazit und Empfehlungen.....	34
7. Abbildungs- und Tabellenverzeichnis	35
8. Literaturverzeichnis.....	36
9. Anhang	38

Zusammenfassung

Die vorliegende explorative Studie konnte insgesamt 100 psychisch kranke Elternteile, die in der Erwachsenenpsychiatrie im Kanton St. Gallen und Appenzell Ausserrhoden ambulant, teilstationär oder stationär in Behandlung waren, befragen. Ziel war es, die erreichte Gruppe zu beschreiben und sie insbesondere in Bezug auf die erlebte elterliche Belastung zu befragen sowie bezüglich der Wahrnehmung der Kinder. Ein Kernstück der Studie waren die Fragen nach Erfahrungen mit Unterstützungsangeboten sowie nach Art des Unterstützungsbedarfs in verschiedenen Kontexten. 40% der befragten Elternteile haben zusätzlich an einem Interview teilgenommen, der sich vertieft mit den genannten Fragestellungen beschäftigte und die vorhandenen Belastungen und Ressourcen der psychisch kranken Elternteile differenziert zu erfassen versuchte.

Die Ergebnisse der Studie konnten deutlich zeigen, dass Fragen rund um die Elternschaft die psychisch kranken Eltern erheblich belasten und in vielen Fällen eine notwendige Behandlung ihrer psychischen Erkrankung erschweren oder sogar verunmöglichen. Ausserdem beschreiben sie einen erheblichen Teil ihrer Kinder als grenzwertig bis auffällig und sprechen – insbesondere in den Interviews – die Notwendigkeit der Beurteilung und / oder Unterstützung durch Kinderspezialist*innen an. Die befragten Elternteile haben einen hohen Bedarf an Unterstützungsangeboten, die zum einen innerhalb der Erwachsenenpsychiatrie verortet sein sollten, zum anderen niederschwellig und flexibel sowie aufsuchend, wenn sie in ihrer familiären Lebenswelt sind.

Die explorative Untersuchung legt eine empirisch begründete Basis für eine spezifische Angebotsentwicklung und Implementierung für psychisch kranke Elternteile und ihre Kinder und gibt Hinweise auf deren konkrete Ausgestaltung.

1. Einleitung

Die Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienste des Kantons St. Gallen (KJPD St. Gallen) befassen sich mit der psychischen Gesundheit aus der Generationenperspektive. Die Institution ist zuständig für die psychiatrische Versorgung der minderjährigen Bevölkerung der Kantone St. Gallen, Appenzell Ausserrhoden und Appenzell Innerrhoden. Neben dem Versorgungsauftrag ist die indizierte Prävention ein zentrales Anliegen, welches unter anderem durch den Aufbau verschiedener Spezialsprechstunden umgesetzt wird.

Eine interne Befragung an einem Stichtag im Juni 2016 zeigte, dass 44% der Kinder und Jugendlichen, die zu dem Zeitpunkt in den KJPD St. Gallen behandelt wurden, psychisch belastete / erkrankte Eltern hatten. Die KJPD St. Gallen möchten zum einen die Familien mit psychisch kranken Eltern mit Kindern und Jugendlichen, die belastet oder sogar bereits selber psychisch krank sind, möglichst wirksam und nachhaltig unterstützen können. Zum zweiten verfolgen sie im Zusammenhang mit dem Präventionsauftrag das Ziel, sich mit Akteuren im Feld, die mit psychisch belasteten und psychisch kranken Eltern früh in Kontakt kommen bzw. diese versorgen, interdisziplinäre und integrierte Angebote zu entwickeln, um möglichst viele betroffene Familien und ihre Kinder zu erreichen und zu unterstützen. Die Erwachsenenpsychiatrie ist dabei eine besonders wichtige Partnerin, da ein grosser Teil der psychisch belasteten / kranken Eltern in diesem System behandelt werden. Schwierigkeiten der Zusammenarbeit zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und Erwachsenenpsychiatrie ergeben sich immer wieder daraus, dass es nur schwer gelingt, eine familienorientierte, generationenübergreifende Perspektive einzunehmen. Die einen haben das Kindeswohl im Fokus, die anderen versuchen die Bedürfnisse ihrer Patient*innen bezüglich Elternschaft und Familienleben zu unterstützen. Um die so entstehende Kluft zu überwinden, braucht es neben der Berücksichtigung der individuellen therapeutischen Anliegen der Kinder oder der Eltern, die durch die spezifischen Systeme abgedeckt werden, auch systemische Betrachtungsweisen. Diese sollten der Tatsache, dass sich Menschen immer in Beziehungen entwickeln und Beziehungen über die Lebensspanne zentrale Teile der Identitätskonstruktion bleiben, genügend Rechnung tragen. Familien mit psychisch kranken Elternteilen brauchen Unterstützung bei der Bewältigung der jeweiligen Entwicklungsaufgaben im Rahmen kindlicher Entwicklungs- und komplementärer Elternschaftsprozesse sowie des familiären Alltags sowohl in der Kinder- und Jugendpsychiatrie als auch in der Erwachsenenpsychiatrie.

Vertreter*innen der Psychiatrischen Dienste Nord und Süd des Kantons St. Gallen und das Psychiatrische Zentrum Appenzell Ausserrhoden (AR) haben sich im Rahmen einer Projektgruppe zum Thema der psychischen Gesundheit aus der Generationenperspektive über einen längeren Zeitraum ausgetauscht. Schliesslich haben sie sich entschieden, als Basis für gemeinsame Angebotsentwicklungen, zusammen mit den KJPD St. Gallen, eine eigene Studie durchzuführen. Grund dafür war die ungenügende Datenlage hinsichtlich Fragen wie Belastungserleben und Ressourcen von psychisch kranken Eltern sowie deren Unterstützungsbedarf. Die Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universitären Psychiatrischen Dienste Basel haben 2014 in ihrer Region eine Studie durchgeführt, die ebenfalls nach elterlicher Belastung von psychisch kranken Müttern und Vätern sowie deren Inanspruchnahme von bestehenden Angeboten gefragt hat. In unserer an Stichtagen, an mehreren Standorten und in verschiedenen Settings (stationär / teilstationär / ambulant) im Kanton St. Gallen im Sommer 2019 durchgeführten explorativen Studie, stehen Fragen nach dem Belastungserleben durch die Elternschaft sowie nach von den Eltern wahrgenommenen Stärken und Schwächen ihrer Kinder sowie nach dem familiären Unterstützungsbedarf im Zentrum. Im Gegensatz zur Basler Studie konnten in unserer Untersuchung vorwiegend Mütter und Eltern befragt werden, die in einem ambulanten psychiatrisch-psychotherapeutischen Setting behandelt werden. Es ist besonders wichtig, die Belastung und den Unterstützungsbedarf dieser am häufigsten vorkommenden Gruppe zu erfassen, da davon ausgegangen wird, dass die Eltern in dieser Gruppe durch die doppelte Last des familiären Alltags und der eigenen psychischen Belastung besonders gefordert sind. Zudem kann angenommen werden, dass die Entwicklungsrisiken ihrer Kinder entsprechend hoch sind. Ein weiterer wichtiger Fokus unserer Studie war es, möglichst viele qualitative Interviews mit betroffenen Eltern führen zu können, um weitere Einsichten bezüglich subjektivem Erleben der Eltern und ihrem Unterstützungsbedarf generieren zu können, um die Passung zwischen Bedarf und möglichen Angeboten möglichst optimal zu gestalten.

Bereits bestehende Studien, die eine grössere Anzahl von Familien betreffen, arbeiten mit den Angaben von Fachpersonen in verschiedenen Versorgungssystemen (siehe Winterthurer Studie, Gurny et al., 2006). Qualitative Zugänge fokussieren ihrerseits vorwiegend auf die Kinder psychisch kranker Eltern, die im Kindesalter (Lenz, 2005) oder im Erwachsenenalter (Sollberger, 2005) zu ihrem Erleben und ihren Bedürfnissen befragt werden. Solche qualitativen Arbeiten erlauben tiefe Einsichten, die sowohl theoretisch als auch klinisch eine hohe Bedeutung aufweisen. Es gibt jedoch kaum Studien, die das Erleben psychisch belasteter Eltern und den Zusammenhang zwischen psychischer Erkrankung bei den Eltern und Elternschaft untersuchen.

Die vorliegende Studie soll an dieser Stelle eine Lücke schliessen helfen und insbesondere einen Beitrag dazu leisten, die Perspektive der Eltern bei der Ausarbeitung möglicher Unterstützungsangebote direkt einzubeziehen.

2. Theorie

2.1 Stand der Forschung

Je nach Studie wird davon ausgegangen, dass zwischen 30% und 75% der psychisch erkrankten Personen Kinder haben (Mattejat & Remschmidt, 2008). Psychisch kranke Elternteile erleben ihre Elternschaft häufig als ambivalent und den familiären Alltag als überfordernd (Hefti et al., 2016). Zunehmend gibt es Befunde, die starke Wechselwirkungsprozesse zwischen erwachsener und kindlicher Psychopathologie bestätigen (Sellers & Hammerton, 2016). Dabei wird Elternschaft auch als Resilienzfaktor für psychisch kranke Eltern (u.a. geringere Suizidrate) sowie als Motivation für deren psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung betrachtet (Qin, Agerbo & Mortensen, 2003). Jedoch steht die Belastung durch die Elternschaft bei den meisten psychisch kranken Eltern im Vordergrund. So zeigen Studien, dass das Erleben von mangelnder Selbstwirksamkeit bzw. elterlicher Hilflosigkeit psychische Erkrankungen bei den Eltern mit auslösen oder verstärken können (Bonfils, Adams, Firmin & White, 2014). Zusätzlich können kindliche Verhaltensweisen vorhandene elterliche Traumata „triggern“ und in Form von co-traumatischen Zirkeln hochschaukeln (Pleyer, 2004), was zu einer Verschlechterung des psychischen Zustandes des Erwachsenen führen kann.

In Anlehnung an die statistischen Erhebungen in Deutschland wird davon ausgegangen, dass in der Schweiz ca. 20% der Kinder mit psychisch belasteten oder erkrankten Eltern aufwachsen, d.h. ca. 300'000 Kinder und Jugendliche betroffen sind (Diez Grieser, 2017). Die Lebenssituation von Kindern psychisch kranker Eltern ist zum einen durch unmittelbare Probleme, die sich direkt aus dem Erleben der Krankheit der Eltern ableiten lassen, charakterisiert. Dies können emotionale Mangel Erfahrungen, Scham- und Schuldgefühle, Ängste, Desorientierung und Isolation sein. Die Probleme werden dadurch hervorgerufen, dass Kinder die Krankheitssymptome und Probleme der Eltern oftmals nicht verstehen und nicht einordnen können. Ausserdem ist die elterliche Erkrankung oft ein Familiengeheimnis, was den betroffenen Kindern den Zugang zu möglichen Ressourcen ausserhalb der Familie erschwert oder sogar verunmöglicht. Zum anderen bringt die psychische Erkrankung eines Elternteils stets Folgeprobleme mit sich wie die indirekt durch die Krankheit veränderte soziale Situation (u.a. Armut, unzureichende Wohnverhältnisse) und familiäre Konstellation (u.a. Trennungen, Betreuungsdefizite). Kinder von psychisch kranken Eltern haben je nach Studie ein 3- bis 13-fach erhöhtes Risiko, selbst auffällig zu werden (Hosman, 2016). Entscheidend dabei ist das Zusammenwirken von protektiven Faktoren, unter anderem gute Beziehungserfahrungen, und belastenden Faktoren, die durch resilienzfördernde Angebote für die Kinder und ihre Familien positiv beeinflusst werden können. Die Angebote sollten zum Bedarf der betroffenen Eltern gut passen, da Untersuchungen zeigen, dass die Inanspruchnahme bestehender Angebote durch psychisch kranke Eltern häufig gering ist (Kühnis, Müller-Luzi, Schröder & Schmid, 2016).

2.2 Fragestellung

Vor dem Hintergrund des kurz skizzierten Forschungsstandes sollte die explorative Studie Daten zu verschiedenen Fragen liefern, um einerseits die Situation und das Befinden psychisch kranker Eltern zu erheben sowie um passende Angebote zu entwickeln und zu implementieren. Wichtig war es dabei, möglichst viele Eltern, die in verschiedenen Settings behandeln werden, an verschiedenen Stichtagen zufällig zu erreichen, um eine möglichst repräsentative Gruppe zu erfassen. Zusätzlich sollten möglichst viele qualitative Interviews mit den Eltern, die Fragen nach der elterlichen Belastung sowie die Mentalisierungsfähigkeit der Eltern in Bezug auf ihre Kinder untersucht werden. Ausserdem sollten ihre Erfahrungen mit verschiedenen Unterstützungsangeboten innerhalb und ausserhalb der Erwachsenenpsychiatrie sowie ihr Unterstützungsbedarf möglichst differenziert erfasst werden.

Im Einzelnen standen folgende Fragestellungen im Vordergrund:

- Wie lässt sich die erfasste Gruppe der psychisch kranken Eltern bezüglich sozioökonomischer Daten, Lebenssituation und verschiedener Risikofaktoren beschreiben?
- Zu welchen psychiatrischen Hauptdiagnose-Gruppen gehören die erfassten Eltern? Wie lange sind sie psychiatrisch krank und wie häufig waren sie in stationärer Behandlung? Wie stufen sie ihr Befinden am Tag der Fragebogenerhebung ein?
- Wie belastet fühlen sich die Eltern durch ihre Elternschaft?

- Wie lässt sich die Gruppe ihrer Kinder bezüglich Alter, Geschlecht, Lebens-, Betreuungs- und Bildungssituation beschreiben?
- Wie beschreiben die Eltern ihre Kinder?
- Welche Unterstützungsangebote kennen die befragten Eltern? Welche haben sie bereits genutzt und wie waren ihre Erfahrungen damit? Welche Unterstützungsangebote wären aus ihrer Sicht hilfreich?

Die oben aufgeführten Themenbereiche wurden mittels verschiedener Fragebögen erfasst.

3. Methode

3.1 Stichprobe und Design

Die deskriptive Untersuchung soll Daten zur Anzahl von psychisch belasteten Elternteilen, die in psychiatrischen Institutionen des Kantons St. Gallen und Appenzell an einem Stichtag in verschiedenen Settings (stationär, tagesklinisch und ambulant) in Behandlung sind, liefern. Neben der psychiatrischen Diagnose und dem Krankheitsverlauf wurden allgemeine sozioökonomische Daten erhoben (Alter, Geschlecht, Ausbildung und Beruf, Zivilstand, Anzahl Kinder, Lebensmittelpunkt der Kinder, Betreuungssituation).

Für den zweiten Teil der Studie sind die psychische Erkrankung der Elternteile, ihr Belastungserleben bezüglich Elternschaft sowie die Beschreibung der Stärken und Schwächen ihrer Kinder die Hauptvariablen, die mit verschiedenen standardisierten Instrumenten sowie mit Einzelinterviews gemessen und erfragt wurden. Diese Variablen wurden ausgewählt, weil wir davon ausgehen, dass die Art der Erkrankung einen Einfluss auf die Belastung und Wahrnehmung der Kinder sowie auf den Unterstützungsbedarf hat.

Darüber hinaus soll die Studie möglichst detaillierte Informationen über den Unterstützungsbedarf der betroffenen Eltern geben. Die genaue Analyse dieses Bedarfs sowie der notwendigen Rahmenbedingungen, um entsprechende Angebote auch nutzen zu können, generieren wichtige End-Variablen, die die Basis für die - im Anschluss an die explorative Studie – geplante Implementierung von passenden Angeboten bildet.

Es wurde eine Querschnittuntersuchung nach dem Mixed-Methods-Ansatz durchgeführt: Eine gezielte und systematische Kombination von quantitativen und qualitativen Methoden zur Datenerhebung und Datenanalyse soll zu einer möglichst umfassenden Sicht auf das Forschungsthema führen.

Die Studie in den Psychiatrischen Diensten Nord und Süd und im Psychiatrischen Zentrum AR beinhaltete drei Erhebungsschritte mit einer jeweils unterschiedlichen inhaltlichen Fokussierung.

3.2 Studienteilnehmende und -ablauf

In den Psychiatrischen Diensten Nord und Süd des Kantons St. Gallen und des Psychiatrischen Zentrums Appenzell Ausserrhoden (AR) wurden alle Elternteile von Kindern zwischen 0 und 18 Jahren, die sich an festgelegten Stichtagen in den Monaten Juni, Juli, August und September 2019 in Behandlung befanden, um Teilnahme an der Studie gebeten. Eingeschlossen wurden stationäre und ambulante Patient*innen sowie Patient*innen der Tageskliniken. Es wurden auch Patient*innen in die Studie aufgenommen, die nicht oder nur teilweise mit den Kindern zusammenleben. Patient*innen, die aufgrund ihrer Befindlichkeit nicht in der Lage waren, die Einwilligung für die Teilnahme an der Studie und / oder die eingesetzten Dokumente auszufüllen, wurden von der Untersuchung ausgeschlossen. Mangelnde Deutschkenntnisse waren ebenfalls ein Ausschlusskriterium.

3.3 Standorte der Datenerhebung

Die Daten sind an verschiedenen Standorten der Psychiatrie St. Gallen Nord (St. Gallen, Rorschach und Wil), an den Standorten der Psychiatrie St. Gallen Süd (Klinik St. Pirminsberg, Psychiatriezentrum Rheintal, Heerbrugg, Psychiatriezentrum Werdenberg-Sarganserland, Trübbach, Psychiatriezentrum Linthgebiet) und Psychiatriezentrum Appenzell Ausserrhoden, Herisau erhoben worden.

3.3.1 Information und Sensibilisierung der Fachpersonen

Als erster Schritt wurde ein Merkblatt für die Fachpersonen erarbeitet und das Forschungsvorhaben inklusive der Instrumente an den verschiedenen Standorten von der Studienleiterin vorgestellt. Danach wurden an den verschiedenen Standorten Poster aufgehängt, um die Patient*innen über die bevorstehende Studie zu informieren.

3.3.2 Datenerhebung mit standardisierten Fragebögen

Als zweiter Schritt wurden während eines Zeitraumes von 4 Monaten Daten zu allen sich in den drei genannten psychiatrischen Institutionen in Behandlung befindenden Elternteilen erhoben. Die Patient*innen wurden am Anfang der Stunde oder der Gruppe von ihren Bezugspersonen / Therapeut*innen nach ihrem Einverständnis befragt. Die allgemeinen Angaben wurden anschliessend von den zuständigen Fachpersonen mit einem eigens dafür erarbeiteten Dokumentationsbogen im Gespräch mit den Eltern erfasst. Am jeweiligen Stichtag war das Erhebungsteam vor Ort und händigte den Eltern, die ihr Einverständnis gegeben und den Basisfragebogen mit einer Fachperson ausgefüllt hatten, die entsprechenden Fragebögen aus. Die Mehrheit der Patient*innen füllte die Fragebögen vor Ort und mit Unterstützung der wissenschaftlichen Mitarbeitenden aus. Die Unterstützung betraf Verständnisfragen sowie in Einzelfällen das Vorlesen der Fragen aufgrund von Lese- und Konzentrationsschwierigkeiten. Lediglich 6 Studienteilnehmende nahmen die Fragebögen nach Hause mit und schickten sie per Post zurück. Ein Teil der Studienteilnehmenden konnte am gleichen Tag interviewt werden (23 von insgesamt 40 Interviews).

Im Einzelnen wurden folgende Instrumente eingesetzt (siehe Anhang):

- Selbstentwickelter Basisfragebogen Eltern und Kinder (BAELKI, Diez Grieser & Tylla, 2019)
- Eltern-Belastungs-Inventar (EBI, Tröster, 2011) (deutsche Version des *Parental Stress Index* (PSI) von Abidin, 1995)
- *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ, Goodman, 1997) – Elternversion 4-18 Jahre bzw. für kleinere Kinder eine deutsche Übersetzung (Hänggi, Bindernagel & Mögel, 2011) des *Brief Infant Toddler Social and Emotional Assessment* (BITSEA 1-3 Jahre, Briggs-Gowan & Carter, 2006), der in zwei Subskalen die kindlichen Probleme und die sozial-emotionalen Kompetenzen misst
- Eigener Fragebogen zum familiären Unterstützungsbedarf (Diez Grieser & Tylla, 2019) und den Hindernissen für die Inanspruchnahme bestehender Angebote

Die eingesetzten Instrumente erheben spezifische Informationen, die die Beantwortung der Forschungsfragen ermöglichen.

1. Der eigens für die Studie entwickelte **Basisfragebogen Eltern und Kinder (BAELKI, Diez Grieser & Tylla, 2019)** fragt nach sozioökonomischen Daten sowie Hauptdiagnose und Befindlichkeit. Konkret werden folgende Kategorien abgefragt:
 - Beruf / Ausbildung / berufliche Tätigkeit
 - Hauptdiagnose des Elternteils, das die Fragebögen ausfüllt (Depression, Suchterkrankungen, Angst- und Zwangsstörungen, Bipolarität, Psychose, Persönlichkeitsstörungen, Posttraumatische Belastungsstörung, andere psychische Störungen), Dauer der Erkrankung, Anzahl Hospitalisationen
 - Aktuelles Befinden auf einer Skala von 0-10
 - Zusätzliche Belastungen (u.a. finanzielle Probleme, körperliche Krankheiten, Konflikte mit anderem Elternteil)
 - Informationen zum anderen Elternteil (Beruf / Ausbildung / berufliche Tätigkeit)
 - Kinder: Alter & Geschlecht, Betreuung / Schul- und Berufsverhältnisse der Kinder
2. Die deutsche Version des Parenting Stress Index (Abidin, 1995), das **Elternbelastungsinventar (EBI, Tröster, 2011)**, ist ein bidirektionaler Fragebogen, der sowohl den Elternbereich als auch den Kindbereich misst. Diesem Konzept entsprechend enthält das EBI fünf Subskalen, die Belastungsquellen erfassen, die vom Verhalten des Kindes ausgehen und mit besonderen Anforderungen für die Eltern verbunden sind (Ablenkbarkeit / Hyperaktivität des Kindes, Akzeptierbarkeit, Anforderung, Anpassungsfähigkeit und Stimmung) sowie sieben Subskalen, die Beeinträchtigungen elterlicher Funktionsbereiche erfassen (Bindung, Soziale Isolation, Zweifel an der elterlichen Kompetenz, Depression, Gesundheit, Persönliche Einschränkung, Partnerbeziehung). Das EBI besteht aus 48 Items mit einer Likert-Skala (1-5 trifft gar nicht zu / trifft genau zu). Das EBI gibt Hinweise darauf, ob die Eltern aufgrund einer erhöhten Belastung in ihren Aufgaben in der Erziehung, Betreuung und Versorgung ihres Kindes beeinträchtigt sind, so dass Unterstützungs- oder Interventionsmaßnahmen

für die Familie erforderlich sind. Dem Belastungsprofil des EBI ist zu entnehmen, in welchen Bereichen die Eltern bzw. die Familie Unterstützung benötigen. Die Eltern füllen den Fragebogen für das jüngste Kind bzw. für das Kind, welches sie am meisten belastet aus.

3. Die Elternversion des **SDQ (Strengths and Difficulties Questionnaire)**. Ein Fragebogen zu Stärken und Schwächen der Kinder (Goodman 1997), der sowohl im klinischen als insbesondere im Forschungsbereich häufig eingesetzt wird. Den SDQ gibt es je nach Alter des Kindes in verschiedenen Versionen. Für die Studie wurde die Version für 4-16 Jahre und für 16-18 Jahre eingesetzt. Der SDQ besteht aus 25 Items, die folgende Bereiche abfragen:
 - a. Emotionale Probleme (5 Items)
 - b. Verhaltensprobleme (5 Items)
 - c. Hyperaktivität (5 Items)
 - d. Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen (5 Items)
 - e. Prosoziales Verhalten (5 Items)

Die Eltern füllten den Fragebogen für das gleiche Kind wie beim Elternbelastungsinventar (EBI) aus. Es bestand die Möglichkeit, für alle Kinder einen Fragebogen auszufüllen, falls die Eltern dies wünschten.

4. Der **BITSEA (Brief Infant-Toddler Social and Emotional Assessment)** ist in englischer Version (Briggs-Gowan & Carter, 2006) konzipiert und validiert für Kinder im Alter von 1-3 Jahren. Er ist mit 42 Items die Kurzform des ITSEA (vgl. Sarimski, Hintermair & Lang, 2016) und erhebt in zwei Subskalen die kindlichen Probleme und die sozial-emotionalen Kompetenzen. Für die Studie wird die deutsche Version, die von den KJPD St. Gallen entwickelt worden ist, verwendet (Bindernagel et al., 2011). In einer Evaluationsstudie der Spezialsprechstunde für Kleinkinder und ihre Eltern in der KJPD St. Gallen, wurde die deutsche Version zur Wirksamkeitsmessung eingesetzt (Bindernagel & Diez Grieser, 2018).
5. Der für die Studie entwickelte Fragebogen für den **Familiären Unterstützungsbedarf (FUNBE)**, Diez Grieser & Tylla, 2019) fragt mit geschlossenen und offenen Fragen nach dem Bedarf und der Inanspruchnahme von Angeboten durch die psychisch kranken Eltern. Folgende Bereiche werden erhoben:
 - a. Fragen nach bekannten Angeboten, Nutzung und Zufriedenheit damit
 - b. Frage nach Grund für Nicht-Nutzung
 - c. Fragen nach Unterstützungsangeboten durch und in verschiedenen Systemen
 - d. Frage nach Gestaltung der Angebote, damit optimale Nutzung möglich

Es wurden den Studienteilnehmenden je drei verschiedene Fragebögen (je nach Alter der Kinder unterschiedliche Fragebögen bzw. Versionen) abgegeben. Diese hatten je nach Hauptdiagnose des psychisch kranken Elternteils verschiedene Farben (weiss: Depression; blau: Suchterkrankungen; grün: Angst- und Zwangsstörungen; gelb: Bipolarität; orange: Psychose; rosa: Persönlichkeitsstörungen; grau: andere Diagnose, ICD-10-Code).

3.3.3 Qualitative Datenerhebung mittels Einzelinterviews

Die interessierten Eltern konnten nach dem Ausfüllen der verschiedenen Instrumente angeben, ob sie Interesse an einem Interview hatten. Im Einzelinterview wurde die Sichtweise und Wahrnehmung der betroffenen Eltern möglichst differenziert erfasst, um daraus neue Einsichten und Forschungsfragen zu generieren. Ausserdem wurde gewährleistet, dass belastete Eltern in den Einzelinterviews ihre Anliegen vorbringen und sie beraten und unterstützt werden können, weshalb die Interviews durch qualifizierte Erwachsenenpsychotherapeutinnen durchgeführt wurden.

Der Leitfaden für das Interview beinhaltete folgende Themen / Bereiche:

- Motivation für Interview / Anliegen
- Rolle der Elternschaft in der psychiatrischen / psychotherapeutischen Behandlung der Eltern

- Fragen zur Charakterisierung der Kinder, der Beziehung zwischen Ihnen und den Kindern. Fragen zum Einfluss der elterlichen Erkrankung auf die Kinder: In welchen Situationen merken Sie, dass Ihre Krankheit Ihre Beziehung zum Kind beeinflusst? Auf welche Art? Können Sie eine konkrete Situation schildern? Weiss Ihr Kind / Ihre Kinder über Ihre Krankheit Bescheid? Was haben Sie ihnen erzählt? Denken Sie, dass ihnen dieses Wissen helfen kann?
- Erfahrungen mit bestehenden Angeboten und Bedarf

Das Interview wurde auf Tonträger aufgenommen und danach wörtlich transkribiert und dabei ins Hochdeutsche übersetzt.

3.4 Auswertung

Da es sich um eine deskriptive Studie handelt, sollten in erster Linie möglichst viele quantitative Daten erhoben werden, die es ermöglichen, die Gruppe von Eltern, die psychisch belastet sind und sich in psychiatrischer Behandlung befinden, differenziert zu beschreiben sowie ihre Belastung und ihre Beschreibungen der Stärken und Schwächen ihrer Kinder deskriptiv festzuhalten. Zusätzlich sollte der Unterstützungsbedarf erhoben und beschrieben werden.

Die Daten, die vorwiegend auf Nominal- und Ordinalniveau sind, wurden mit deskriptiven Verfahren mit der SPSS Statistics (V25.0) und R (V3.6.1) ausgewertet. Um die verschiedenen Fragestellungen zu testen, wurden in einem weiteren Schritt die Unterschiede in den Ergebnissen der standardisierten Instrumente mit dem jeweils geeigneten statistischen Verfahren auf Signifikanz geprüft. Zur Beantwortung der Frage, ob ein Zusammenhang zwischen den unabhängigen Variablen (Alter, Geschlecht, Diagnose, Betreuungssituation) und den Messwerten in den Instrumenten besteht, wurden Korrelationen (Pearson-, Spearman-, Phi-Koeffizienten) berechnet.

Für alle Prüfverfahren wurde eine Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% ($\alpha = 0.05$) verwendet.

Die in den Einzelinterviews erhobenen Daten wurden transkribiert und inhaltsanalytisch ausgewertet. Dazu wurde das Programm MAXQDA (Version 18.8.) verwendet. Die Analyse der Interviews wurde in Anlehnung an die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) durchgeführt. Ziel des Vorgehens war es, Inhalte des Textes durch das Konstruieren von Codes zusammenzufassen und die Codes letztlich quantitativ auszuwerten. Es wurde eine Mischung aus deduktivem und induktivem Vorgehen ausgeführt: Für die Festlegung der Hauptkategorien des Codesystems wurden in einem ersten Schritt die wichtigsten Themenbereiche aus dem Interviewleitfaden herbeigezogen: Befindlichkeit der Eltern, Beschreibung der Kinder, Beziehung zwischen Eltern und Kinder, Informationsstand der Kinder, Unterstützungsbedarf, Elternsein als Thema in der Psychiatrie, Psychische Erkrankung als Thema in der Gesellschaft. Mit diesen Hauptkategorien wurden die ersten fünf Interviews von zwei wissenschaftlichen Mitarbeitenden gemeinsam durchgearbeitet und induktiv weitere Hauptcodes sowie dazugehörige Subcodes gebildet. Es wurden alle Textstellen codiert, die in Bezug auf Eltern und Kind und in Zusammenhang mit (der Doppelbelastung von) psychischer Erkrankung und Elternschaft Informationen liefern.

Die Auswertung sollte eine Kategorisierung der Themen sowie eine Typenbildung ermöglichen.

4. Ergebnisse

Im Ergebnisteil werden zunächst die quantitativen Daten, die mittels der verschiedenen Fragebögen erhoben worden sind, dargestellt, so dass eine möglichst differenzierte Beschreibung der erreichten Gruppe möglich wird. In einem zweiten Schritt werden die Fragestellungen mit den quantitativen Daten deskriptiv als auch inferenzstatistisch bearbeitet. Schliesslich wird die Gruppe der interviewten Eltern beschrieben und die Ergebnisse aus der Inhaltsanalyse werden dargestellt.

4.1 Quantitative Daten aus den Fragebögen

4.1.1 Beschreibung der erreichten Gruppe

Die Ergebnisse sollen in einem ersten Teil die folgenden für die Studie formulierten Fragestellungen beantworten:

- Wie lässt sich die erfasste Gruppe der psychisch kranken Eltern bezüglich sozioökonomischer Daten, Lebenssituation und verschiedener Risikofaktoren beschreiben?
- Zu welchen psychiatrischen Hauptdiagnose-Gruppen gehören die erfassten Eltern? Wie lange sind sie psychiatrisch krank und wie häufig waren sie in stationärer Behandlung? Wie stufen sie ihr Befinden am Tag der Fragebogenerhebung ein?

Mit der vorliegenden Erhebung wurden 100 Patient*innen erreicht, die Kinder im Alter zwischen 1 Monat und 18 Jahren hatten und die in der Lage waren, die Instrumente in deutscher Sprache zu verstehen. 68% sind Mütter, 32% Väter. Das Alter der befragten Eltern liegt bei 38 Jahren (Median, SD: 8.72 Jahre, Min: 23 Jahre, Max: 58 Jahre). Über die Hälfte ist verheiratet (55%), mehr als ein Drittel (36%) lebt getrennt oder ist geschieden. Mehr als zwei Drittel (67%) geben Deutsch als ihre Erstsprache an (siehe Tabelle 1 im Anhang). Über die Hälfte der Studienteilnehmenden ist berufstätig, über ein Drittel (36%) ist mit Familienarbeit beschäftigt (siehe Tabelle 2 im Anhang). Knapp die Hälfte (45%) der erreichten Eltern hat eine Berufslehre absolviert, 24% haben eine höhere Fach- oder universitäre Berufsbildung (siehe Tabelle 3 im Anhang).

Die Studienteilnehmenden haben gehäuft eine Depression als Hauptdiagnose, zusammen mit den Angst- und Zwangsstörungen und den Posttraumatischen Belastungsstörungen machen sie drei Viertel der Hauptdiagnosen der untersuchten Gruppe aus; lediglich ein kleinerer Teil der erreichten Elternteile weist schwerere psychiatrische Diagnosen oder Suchterkrankungen auf (siehe Tabelle 1). Die Kategorie „andere Diagnose“ wurde lediglich in 3 Fällen genutzt: in 2 Fällen betrifft es eine ADHS-Diagnose, in einem Fall eine somatoforme Störung.

Tabelle 1

Hauptdiagnosen der Studienteilnehmenden

	<i>N</i>	<i>%</i>
Depression	60	60
Angst- und Zwangsstörungen	9	9
Posttraumatische Belastungsstörungen	7	7
Bipolarität	7	7
Suchtstörungen	5	5
Persönlichkeitsstörungen	5	5
Psychose	4	4
Andere	3	3
Total	100	100

Die Studienteilnehmenden sind durchschnittlich seit 5.84 Jahren psychisch krank (Median: 3.25 Jahre, SD: 6.08 Jahre, Minimum: 0.04 Jahre, Maximum: 24 Jahre). Im Durchschnitt waren sie 1.51 Mal in

stationärer psychiatrischer Behandlung (Median: 1 Jahr, SD: 1.77 Jahre, Minimum: 0 Jahre, Maximum: 7 Jahre). Auf einer Skala von 1 bis 10 geben sie bezüglich aktueller Befindlichkeit einen Durchschnittswert von 5.39 an (Median: 5, SD: 2.08, Minimum: 1, Maximum: 10, siehe Tabelle 4 im Anhang).

Der grössere Teil (73%) der Studienteilnehmenden war zum Zeitpunkt der Studie entweder in ambulanter Behandlung (54%) oder in der Tagesklinik (19%). 27% waren in stationärer Behandlung und wurden in den Kliniken befragt.

Neben der vorhandenen psychischen Erkrankung gaben die meisten Eltern zusätzliche Belastungen im Basisfragebogen an. Besonders häufig wurden finanzielle Probleme, Konflikte mit dem anderen Elternteil und körperliche Erkrankungen genannt (siehe Tabelle 5 im Anhang). Durchschnittlich wurden 2.01 Zusatzbelastungen (Median: 2, SD: 1.43, Minimum: 0, Maximum: 6) angegeben. Über die Hälfte der Studienteilnehmenden (54%) haben mindestens 3 Zusatzbelastungen angegeben (siehe Tabelle 2).

Tabelle 2

Gruppierte Anzahl Zusatzbelastungen

	<i>N</i>	<i>%</i>
Psychische Erkrankung als einzige Belastung	12	12
1 zusätzliche Belastung	33	33
2 zusätzliche Belastungen	16	17
mehr als 3 zusätzliche Belastungen	36	37
Total	97	100

4.1.1.1 Beschreibung der Kinder der erreichten Gruppe

Anhand der Daten, die im Basisfragebogen zu den Kindern erhoben werden konnten, kann die Gruppe der Kinder und ihre Lebens- und Schulsituation beschrieben werden. Die entsprechende Fragestellung lautete:

- Wie lässt sich die Gruppe ihrer Kinder bezüglich Alter, Geschlecht, Lebens-, Betreuungs- und Bildungssituation beschreiben?

Die Studienteilnehmenden haben insgesamt 189 Kinder: davon sind 56% männlich, 44% weiblich. Die Kinder sind durchschnittlich 9.74 Jahre alt (Median: 9.5 Jahre, SD: 6.12 Jahre, Minimum: 6 Monate, Maximum: 24 Jahre)¹. Die befragte Gruppe der psychisch kranken Eltern hat durchschnittlich 1.91 Kinder (Median: 2, SD: 0.83, Minimum: 1 Kind, Maximum: 5 Kinder), die meistens von ihnen und ihren Partner*innen betreut werden (siehe Tabelle 6 im Anhang). Insgesamt werden wenig familienergänzende und / oder schulergänzende Angebote genutzt.

Knapp drei Viertel (73%) der Kinder und Jugendlichen besuchen die Regelschule oder sind bereits in der regulären Berufsbildung (siehe Tabelle 7 im Anhang). Lediglich 7 Kinder sind aufgrund spezieller Bedürfnisse in einem Sonderschulsetting.

Die Mehrheit der Kinder der Studienteilnehmenden ist zwischen 1 Monat und 18 Jahren alt (N = 174, 92%). Diese Kinder sind durchschnittlich 8.77 Jahre alt (Mittelwert, Minimum 6 Monate, Maximum 18 Jahre). 56% sind männlich, 44% weiblich. Für die Kinder dieser Gruppe haben die Eltern den EBI und den SDQ/BITSEA ausgefüllt (Ergebnisse dazu siehe unter 4.1.3 und 4.1.4)

4.1.2 Zusammenfassende Beschreibung der Studienstichprobe

Die Studie hat insgesamt 100 Patientinnen und Patienten der Psychiatrie St. Gallen Nord und Süd und der Psychiatrie Appenzell Ausserrhoden befragen können. Der grössere Teil von ihnen war zum Zeitpunkt der Studie in ambulanter oder teilstationärer Behandlung, Deutsch war häufig die Erstsprache. Der grössere Teil wies eine Depression auf. Mehr als die Hälfte der befragten Gruppe war mehr als 3

¹ Im Basisfragebogen wurden alle Kinder angegeben, die Beschränkung betraf die Instrumente auf das Altersspektrum 0-18 Jahre EBI und SDQ.

Jahre psychisch krank und 2 Mal (Median) waren die Elternteile psychiatrisch hospitalisiert worden. Die meisten Elternteile berichteten neben der psychischen Erkrankung weitere Belastungsfaktoren, die ihre Lebenssituation erschwerten: häufig genannt wurden finanzielle Probleme sowie Konflikte mit dem anderen Elternteil. Die Befindlichkeit der Elternteile bei der Befragung fiel mit einem Median von 5 (0-10) mässig aus.

Der grössere Teil der erreichten Patient*innen sind Mütter. Die Gesamtstudiengruppe ist durchschnittlich 38 Jahre alt (Median), lebt gehäuft in einer Partnerschaft und die Hälfte der befragten Gruppe hat 2 Kinder (Median) mit einem Durchschnittsalter von 9 ½ Jahren. Die Kinder werden gehäuft von den psychisch kranken Elternteilen und / oder ihren Partner*innen betreut. Grosseltern und andere Verwandte unterstützen die Familien ebenfalls. Die meisten Kinder und Jugendlichen werden im Regelsystem beschult und / oder absolvieren ihre berufliche Ausbildung. Nur wenige haben spezielle Bedürfnisse und Belastungen, die Sondersettings bedürfen.

4.1.3 Belastungserleben der befragten Eltern

Die Erhebung der Belastung der Studienteilnehmenden in ihrer Elternrolle wurde mit dem Elternbelastungsinventar durchgeführt. Die zu Beginn der Untersuchung formulierte Frage lautete:

- Wie belastet fühlen sich die Eltern durch ihre Elternschaft?

90% der befragten Elternteile haben das Elternbelastungsinventar alleine oder mit Unterstützung des wissenschaftlichen Teams korrekt ausgefüllt, weshalb 90 Fragebögen für die weitere Auswertung verfügbar sind. Da das EBI zwischen den Fragen, die den Kinderbereich und jenen welche das Elternsein betreffen, differenziert, werden die Werte in der Tabelle 3 für die beiden Bereiche separat aufgelistet.

Tabelle 3

Auswertung EBI (Kinderbereich / Elternbereich): Stanine-Werte

		<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	Me- dian	<i>Min</i>	<i>Max</i>
Kinderbereich	Hyperaktivität / Ablenkbarkeit	90	6.06	1.95	6	2	9
	Stimmung	90	5.53	2.06	6	2	9
	Akzeptierbarkeit	90	5.94	1.66	6	3	9
	Anforderung	90	7.04	1.98	8	2	9
	Anpassungsfähigkeit	90	6.16	2.00	6	2	9
Elternbereich	Elterliche Bindung	90	6.00	1.88	6	3	9
	Soziale Isolation	90	7.19	1.48	7	3	9
	Elterliche Kompetenz	90	7.21	2.04	8	2	9
	Depression	90	7.44	1.78	8	2	9
	Gesundheit	89	7.45	1.41	8	3	9
	Persönliche Einschränkung	90	6.33	1.99	7	2	9
	Partnerbeziehung	53	6.13	2.01	6	2	9

Anmerkungen. Alle Subskalen wurden auf Ausreisser überprüft.

Die Auswertung der Elternbelastungs-Inventar-Fragebögen zeigen, dass die Studiengruppe im Vergleich zur Normstichprobe deutlich belasteter ist: Der Stanine-Mittelwert von 5 wird bei allen Kategorien übertroffen. Die Belastung ist insbesondere im Elternbereich höher als bei der Normstichprobe (siehe Tabelle 3).

Betrachten wir den Gesamtscore des EBI, so wird die hohe Belastung der Studiengruppe noch deutlicher. Der Tabelle 4 kann entnommen werden, dass die mit dem EBI gemessene Belastung der

Studienteilnehmenden mit einem Durchschnittswert von 82.00 bzw. einem T-Wert von 62.10 auf einem hohen Niveau ist: lediglich 18% bis 38% einer Vergleichsnorm würde eine noch höhere Belastung aufweisen (Prozentrang).

Tabelle 4

EBI Gesamtscore

	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	Me- dian	<i>Min</i>	<i>Max</i>
Prozentrang Gesamtscore	90	82.00	22.00	90	2	>98
T-Wert Gesamtscore	90	62.10	8.97	63	30	>70

Die erreichte Gruppe dadurch charakterisiert, dass deren Kinder gehäuft ausschliesslich von ihnen allein betreut werden, ein grosser Teil der Mütter ist nicht arbeitstätig, sondern primär mit der Familien- und Erziehungsarbeit betraut (siehe Tabellen 2 und 6 im Anhang). Dies führte zur Annahme, dass der Grad der Belastung bei den Müttern höher als bei den Vätern sein könnte.

Um die Unterschiede zu überprüfen, wurde ein nicht-parametrischer Rangsummentest nach Mann-Whitney (U-Test) durchgeführt. Es zeigte sich, dass die Belastung bei den Müttern signifikant höher ist als bei den Vätern ($U = 555.5$, $z = -2.55$, $p < .05$ – siehe auch Box-Plot Abbildung 1 im Anhang), womit die Annahme bestätigt werden konnte.

Als weitere Unterfrage wurde der Zusammenhang zwischen Behandlungssetting (stationär / teilstationär / ambulant) und Belastungserleben anhand des EBI verglichen: es ergaben sich keine signifikanten Unterschiede (K-W-Chi-Quadrat = 1.74, $df = 2$, $p = 0.42$).

Zwischen dem durch das Belastungsinventar (EBI) erhobenen elterlichen Belastung und den anhand des Basisfragebogens (BAELKI) gemessenen Zusatzbelastungen ergeben sich hingegen signifikante Zusammenhänge (Pearsons Chi-Quadrat-Test = 12.68, $df = 3$, $p < .01$). Eltern, die 3 und mehr Belastungen angeben, haben einen hohen Belastungswert im EBI (siehe Mosaikplot in Abbildung 2 im Anhang). Die Verteilung der zusätzlichen Belastungen aus dem Basisfragebogen (BAELKI) im Zusammenhang mit der erhöhten elterlichen Belastung anhand des EBI sind in Abbildung 1 dargestellt. Diese Ergebnisse deuten darauf hin, dass eine höhere Zahl von Zusatzbelastungen auch im Sinne einer höheren subjektiven elterlichen Belastung verstanden werden könnten.

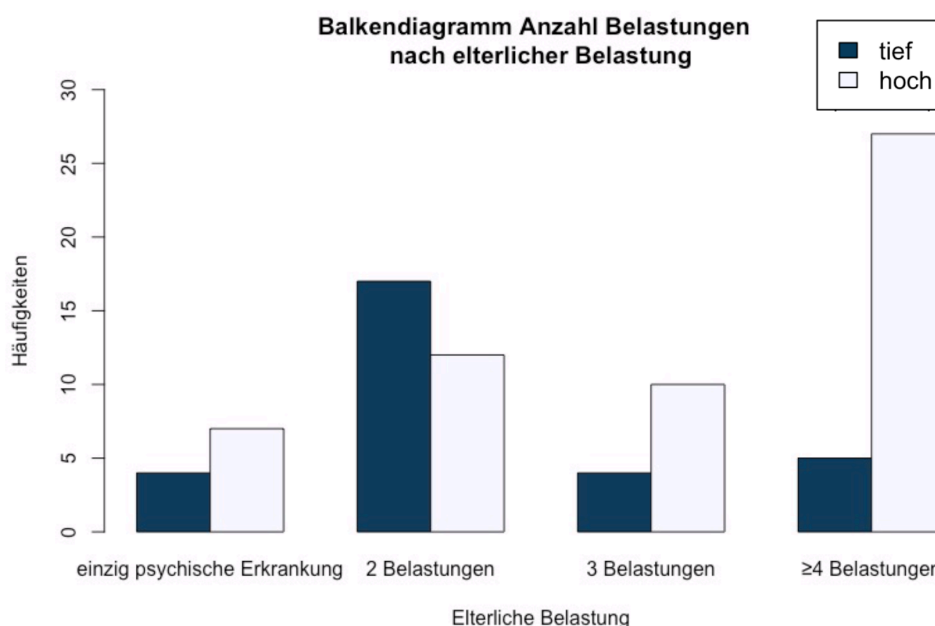


Abbildung 1. Zusammenhang Anzahl Belastungen (BAELKI) und elterliche Belastung (EBI)

4.1.4 Belastung der Kinder aus der Sicht der Eltern

Die Eltern haben in Abhängigkeit des Alters ihrer Kinder jeweils den BITSEA (Brief Infant Toddler Social and Emotional Assessment) für 1-3 Jahre oder den SDQ (Strengths and Difficulties Questionnaire) für Kinder und Jugendliche zwischen 4 und 18 Jahren (in zwei altersabhängigen Versionen) ausgefüllt.

Für die weitere Auswertung lagen insgesamt 17 BITSEA-Fragebögen vor. Diese wurden in 11 Fällen von der Mutter, in 6 Fällen vom Vater des Kindes ausgefüllt. 10 der Kinder waren männlich, 7 weiblich. Die Mehrzahl der Kinder (11 von 17 Kinder) ist zwischen 2 und 3 Jahren. Der Median beträgt 2 Jahre (SD: 0.63, Minimum: 1 Jahr, Maximum: 3 Jahre). Da der Vergleich zwischen den Normwerten erst ab 1 Jahr vorhanden ist, konnten nur 16 Fragebögen zur Auswertung verwendet werden.

Die in unserer Studie gemessenen Werte zeigen, dass bei über einem Drittel (38%) der Kinder zwischen 1 und 3 Jahren Verhaltensweisen seitens der Eltern angegeben werden, die mit einer möglichen Störung vereinbar sind bzw. auf ungenügende altersadäquate Kompetenzen hinweisen (siehe Tabelle 8 im Anhang).

Die Studienteilnehmenden haben für Kinder zwischen 4 und 18 Jahren den SDQ ausgefüllt, der analog zum BITSEA einerseits negative Verhaltensweisen, andererseits Stärken der Kinder und Jugendlichen abfragt.

Insgesamt konnten 92 SDQ-Fragebögen ausgewertet werden. Diese wurden in 70% der Fälle von der Mutter ($N = 64$) und in 30% der Fälle vom Vater ausgefüllt ($N = 28$). Die Fragebögen betreffen mehrheitlich Knaben (61%). Die Kinder dieser Untergruppe sind durchschnittlich 9.99 Jahre alt (Median: 10 Jahre, SD: 4.45 Jahre, Minimum: 4 Jahre, Maximum: 18 Jahre).

Wie der Tabelle 5 entnommen werden kann, sind die Werte als 'normal', 'grenzwertig' und 'auffällig' interpretierbar. Die Zuordnung der BITSEA-Werte zu den drei Kategorien unter Verwendung der Prozentränge zeigt, dass für die gesamte Altersspanne der 1- bis 18-jährigen Kindern mehr als ein Drittel der Kinder und Jugendlichen von ihren Eltern so beschrieben wird, dass sie im Vergleich zur Normgruppe als grenzwertig bis auffällig gelten.

Tabelle 5

Zuordnung der Werte aus beiden Testverfahren BITSEA und SDQ zu den Kategorien normal, grenzwertig und auffällig

	Normalbereich ^a		grenzwertig ^b		auffällig ^c		Randsumme
	<i>N</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
BITSEA (PTS)	10	63	2	12	4	25	16
SDQ(Gesamtproblemwert)	58	63	11	12	23	25	92
Total	68	63	13	12	27	25	108

Anmerkungen. ^a BITSEA: PR < 85; SDQ: PR < 80. ^b BITSEA: PR 85–90; SDQ: PR 80–89. ^c BITSEA: PR 91–99; SDQ: PR 90–99.

Betrachten wir die 27 Kinder, die als auffällig eingestuft werden genauer, so zeigt sich, dass es sich im Vergleich zur Gesamtgruppe der Kinder vermehrt um Mädchen handelt (20 Mädchen, 7 Knaben) und, dass sie gehäuft jünger sind (Median: 8 Jahre, SD: 5.06 Jahre, Minimum: 1 Jahr, Maximum: 18 Jahre). Die Analyse der Variablen (Alter der Eltern, Familiensituation, Hauptdiagnose, Dauer der Erkrankung, Hospitalisationen, Anzahl Belastungen, Belastungserleben (EBI), Behandlungssetting) zeigt keine relevanten Unterschiede zwischen der Gesamtgruppe der Studie und der Subgruppe, der als auffällig kategorisierten Kinder.

Weitere Auswertungen bezüglich Zusammenhängen zwischen Variablen, welche die Eltern charakterisieren, allgemeinen elterlichen Belastungswerten sowie Merkmalen der Kinder ergaben folgende Ergebnisse:

- Zwischen der Hauptdiagnose der Elternteile und der elterlichen Belastung ergaben sich keine signifikanten Beziehungen (K-W-Chi-Quadrat = 8.59, $df = 7$, $p = .28$). Die Mediane der Belastungswerte schwanken je nach Diagnose zwischen 50 und >70 (siehe Tabelle 9 im Anhang).
- Ein Zusammenhang zwischen familiärer Situation (alleinerziehend versus in Partnerschaft lebend) und Belastung konnte ebenfalls nicht statistisch erhärtet werden ($U = 935.5$, $p = .95$).
- Ein Zusammenhang zwischen der elterlichen Belastung und dem Alter der Kinder konnte anhand einer nonparametrischen Regressionsanalyse (Poissonregression) statistisch nicht erhärtet werden (siehe Abbildung 4 im Anhang).

4.1.5 Zusammenfassung bezüglich Belastungen in der erreichten Gruppe

Die Mütter und Väter, die an der Studie teilgenommen haben, sind deutlich belastet. Zum ersten zeigt sich dies dadurch, dass eine grosse Zahl der befragten Elternteile neben der psychischen Belastung andere Zusatzbelastungen aufweisen. Zum zweiten ist die Studiengruppe im EBI deutlich belasteter als die Vergleichsnormgruppe, insbesondere im Kontext der Elternschaft («Elternbereich»). Eltern, die ambulant oder teilstationär behandelt werden, sind stärker belastet als diejenigen, die stationär sind. Mütter sind signifikant stärker belastet als Väter.

Mehr als ein Drittel der Kinder muss aufgrund der Beschreibungen der Eltern als «grenzwertig» bis «auffällig» bezeichnet werden.

4.1.6 Familiärer Unterstützungsbedarf

Das wichtigste Ziel der vorliegenden Studie war es, möglichst genau zu eruieren, welche Unterstützungsangebote die befragten Elternteile als hilfreich erlebt haben oder erleben würden. Die in den Fragebogen enthaltenen Items deckten eine breite Palette von Unterstützungsangeboten ab, die in verschiedenen Kontexten und Systemen angesiedelt sind. Die Fragestellung lautete für diesen Teil der Arbeit:

- Welche Unterstützungsangebote kennen die befragten Eltern? Welche haben sie bereits genutzt und wie waren ihre Erfahrungen damit?
- Welche Unterstützungsangebote wären aus ihrer Sicht hilfreich?

Insgesamt konnten 95 Fragebögen, die den familiären Unterstützungsbedarf abfragen (FUNBE), ausgewertet werden.

Die erste Frage des FUNBE bezieht sich auf das Wissen um vorhandene Angebote für Familien. Es zeigt sich, dass die Mehrheit der Studienteilnehmenden die abgefragte Angebotspalette kennt (siehe Tabelle 6).

Die Mütter- und Väterberatung, die Schulpsychologischen Dienste, die Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienste sowie private und staatliche Erziehungs- und Familienberatungsstellen sind jeweils etwa der Hälfte bis drei Viertel der Eltern bekannt.

Tabelle 6

Von welchen Unterstützungsangeboten haben Sie bereits gehört? (Mehrfachnennung möglich)

	<i>N</i>	<i>%</i> [*]
Mütter-Väter-Beratung	72	76
Erziehungs- und Familienberatung durch Organisationen (Pro Juventute, Caritas etc.)	43	45
Staatliche Erziehungs- und Familienberatung (Soziale Dienste etc.)	44	46
Sozialpädagogische Familienbegleitung	23	24
Beratung durch Schulpsychologische Dienste	63	66
Beratung durch Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienste	51	54
Beratung durch Kinderspital	30	32
Angehörigenberatung durch Psychiatrische Klinik	38	40
Spezifische Beratungsangebote für Eltern mit psychischen Belastungen (Freitext: Beratung durch Erwachsenenpsychiatrie; "Schlupfhaus")	11	12
andere (Freitext: Beratungsangebote für spezifische Störungsbilder, z.B. ADHS oder ASS; Kinder- und Jugendstiftungen, Beratungszentrum für Erwachsene)	9	9

Anmerkungen. * relativer Anteil im Vergleich zur FUNBE-Stichprobe von $n = 95$

Die Frage nach der Nutzung von Angeboten wird gemäss Angaben in Tabelle 7 beantwortet.

Über die Hälfte der Studienteilnehmenden haben die Beratung durch die Mütter- und Väterberatung in Anspruch genommen oder tun dies auch heute noch, wenn sie kleine Kinder haben. Knapp ein Drittel ist durch den Schulpsychologischen Dienst, ein Viertel durch die Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienste beraten worden und ein Fünftel durch staatliche Erziehungs- und Familienberatungsstellen.

Der Vergleich zwischen Müttern und Vätern bezüglich Nutzung zeigt, dass Mütter die Angebote signifikant häufiger nutzen als die Väter (Chi-Quadrat-Test 12.66, $df = 1$, $p = .002$; siehe Abbildung 3 im Anhang).

Tabelle 7

Welche Unterstützungsangebote haben Sie bereits in Anspruch genommen? (Mehrfachnennung möglich)

	<i>N</i>	<i>%*</i>
Mütter-Väter-Beratung	49	52
Beratung durch Schulpsychologische Dienste	30	32
Beratung durch Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienste	24	25
Staatliche Erziehungs- und Familienberatung (Soziale Dienste etc.)	20	21
Andere	14	15
<i>Angehörige / Privatpersonen</i>	3	18
<i>Beratungszentren für Erwachsene</i>	3	18
<i>Beratungsangebote für spezifische Störungsbilder (z.B. ADHS oder ASS)</i>	2	12
<i>Kinder- und Jugendstiftungen</i>	2	12
<i>Ergotherapie</i>	1	6
<i>Heilpädagogische Früherziehung</i>	1	6
<i>Homöopathie</i>	1	6
<i>KESB</i>	1	6
<i>Kinesiologie</i>	1	6
<i>Neurofeedback</i>	1	6
<i>Spitex</i>	1	6
Beratung durch Kinderspital	13	14
Erziehungs- und Familienberatung durch Organisationen (Pro Juventute, Caritas etc.)	13	14
Angehörigenberatung durch Psychiatrische Klinik	10	11
Sozialpädagogische Familienbegleitung	6	6
Spezifische Beratungsangebote für Eltern mit psychischen Belastungen (Freitext: Beratung durch Erwachsenenpsychiatrie; "Schlupfhaus")	5	5

Anmerkungen. * relativer Anteil im Vergleich zur FUNBE-Stichprobe von $n = 95$

Eine weitere wichtige Frage, die getestet wurde, war diejenige nach dem Zusammenhang zwischen Behandlungssetting der Studienteilnehmenden und der Anzahl der genutzten Angebote.

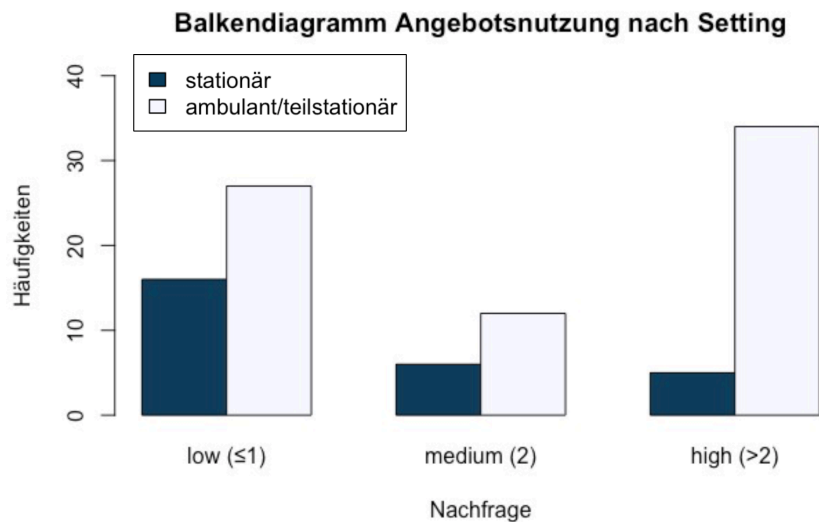


Abbildung 2. Verhältnis zwischen verschiedenen Häufigkeiten der Nutzung von Angeboten und ambulantes / teilstationäres Setting versus stationäres Setting

Es zeigt sich, dass Studienteilnehmende, die ambulant oder teilstationär behandelt werden, eine signifikant höhere Angebotsnutzung aufweisen als solche, die stationär behandelt werden (siehe Abbildung 2 oben und Tabelle 10 im Anhang).

Die Eltern, die Angebote genutzt haben, konnten sich auch bezüglich Zufriedenheit äussern (fünfstufige Skala, 1 = ja, sehr, 5 = nein, überhaupt nicht). Die Tabelle 8 zeigt, dass die Zufriedenheit mit den meisten Angeboten mässig bis eher schlecht ist (ausser mit der Mütter-Väter-Beratung).

Tabelle 8

Zufriedenheit mit den genutzten Angeboten

	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	Me- dian	<i>Min</i>	<i>Max</i>
Mütter-Väter-Beratung	50	2.24	1.19	2	1	5
Beratung durch die Schulpsychologischen Dienste	31	3.35	1.40	3	1	5
Beratung durch die Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienste	24	3.88	1.12	4	1	5
staatliche Erziehungs- und Familienberatung	19	3.16	1.30	3	1	5
Erziehungs- und Familienberatung durch private Organisationen	14	4.07	0.92	4	3	5
Beratung durch das Kinderspital	12	3.83	0.72	4	3	5
Beratung für Angehörige in der Psychiatrischen Klinik	10	4.20	1.03	4	2	5
sozialpädagogische Familienbegleitung	7	4.14	1.22	5	2	5
spezifische Beratung für psychisch belastete Eltern	6	4.17	0.75	4	3	5

Die Berechnung der allgemeinen Zufriedenheit über alle Angebote hat mit einem Mittelwert von 3.28 (SD: 1.15, Minimum: 1, Maximum: 5) ebenfalls einen mässigen Wert. Dies gibt Hinweise auf eine der Gründe, weshalb die gefragten psychisch belasteten Elternteile relativ wenig Angebote nutzen.

Als weiteren Grund für die geringe Inanspruchnahme geben die Studienteilnehmenden an, dass es an Information bezüglich bestehender Angebote fehle. Am häufigsten begründen sie die mangelnde Inanspruchnahme durch fehlende zeitliche Ressourcen, erschwerte Erreichbarkeit oder Kosten, welche durch das Nutzen des Angebots entstehen würden. Ängste bezüglich möglicher Konsequenzen werden ebenfalls genannt (siehe Tabelle 9).

Tabelle 9

Falls Sie nur einzelne Angebote genutzt haben: Was war der Grund dafür? (Mehrfachnennung möglich)

	<i>N</i>	<i>%*</i>
Zeitliche Schwierigkeiten / Erreichbarkeit / Finanzen	25	26
Zu wenig oder unklare Informationen zum Angebot	24	25
Angst oder Unsicherheit bezüglich möglicher Konsequenzen	18	19
anderes, nämlich	10	11
<i>Kein Bedarf</i>	5	50
<i>Fehlende Motivation des Kindes</i>	1	10
<i>Zu starke eigene Belastung</i>	1	10
<i>Übernommen durch Ehepartnerin</i>	1	10
<i>Wohnortwechsel</i>	1	10
<i>inadäquate Unterstützung</i>	1	10
Schlechte Erfahrungen mit anderen Unterstützungsangeboten	7	7
Uneinigkeit mit anderem Elternteil / Verwandtschaft	6	6

Anmerkungen. * relativer Anteil im Vergleich zur FUNBE-Stichprobe von *N* = 95

Auf die Frage, was für sie hilfreich wäre (siehe Tabelle 10), um die Angebote zu nutzen, wird am häufigsten der Bedarf nach mehr Information und am zweithäufigsten die Gewissheit, dass keine unangenehmen Konsequenzen damit verbunden sind, genannt. Sehr häufig wird darauf hingewiesen, dass die die Niederschwelligkeit und Flexibilität der Angebote die Inanspruchnahme der Angebote erleichtern würde (Öffnungszeiten, keine Voranmeldung etc.).

Tabelle 10

Was würde Ihnen helfen, die Unterstützungsangebote besser zu nutzen? (Mehrfachnennung möglich)

	<i>N</i>	<i>%*</i>
Mehr Informationen zu den jeweiligen Hilfen	35	37
Gewissheit, dass keine unangenehmen Konsequenzen damit verbunden sind	26	27
Flexiblere Öffnungszeiten (z.B. abends oder samstags/sonntags)	17	18
Keine Voranmeldung nötig	11	12
anderes, nämlich (Freitext: finanzielle Aspekte; Kommunikation / Sprache; besserer Zugang, z.B. eine Webseite mit Linksammlung)	11	12

Anmerkungen. * relativer Anteil im Vergleich zur FUNBE-Stichprobe von *N* = 95

Mit einer zusätzlichen Frage zu den Merkmalen im Fragebogen FUNBE wurde versucht, genauer zu eruieren, wie die Unterstützungsangebote konkret ausgestaltet sein sollten, damit sie eher genutzt würden (siehe Tabelle 11).

Tabelle 11

Welche Merkmale müssten die Unterstützungsangebote Ihrer Meinung nach aufweisen? (Mehrfachnennung möglich)

	<i>N</i>	<i>%*</i>
Angebote, die auf konkrete Unterstützung im Alltag ausgerichtet sind	44	46
Angebote ohne Voranmeldung wie z.B. Familienzentren, Familiencafé	31	33
Beratung / Begleitung in Gruppen mit anderen betroffenen Eltern	26	27
Kinderbetreuung durch die Erwachsenenpsychiatrie (Eltern-Kind-Einheiten etc.)	26	27
Beratung / Begleitung in Gruppen mit Eltern und Kindern (Familiengruppen)	24	25
Beratung / Begleitung durch Betroffene	21	22
anderes, nämlich	10	11
<i>Therapieangebote für Kinder und Eltern (z.B. Familientherapie)</i>	3	30
<i>Finanzielle Unterstützung</i>	1	10
<i>Home-Treatment</i>	1	10
<i>Kinderbetreuung</i>	1	10
<i>Kulturangepasste Unterstützungsangebote</i>	1	10
<i>Pikettdienst</i>	1	10
<i>Workshops</i>	1	10
<i>zwischenmenschliche Kompetenzen</i>	1	10
Beratungsangebote durch andere Berufsgruppen	2	2

Anmerkungen. * relativer Anteil im Vergleich zur FUNBE-Stichprobe von *N* = 95

Am häufigsten werden hier Angebote genannt, die eine alltagsnahe, konkrete Unterstützung anbieten sowie niederschwellige Angebote wie Familienzentren, die ohne Voranmeldung bedarfsabhängig aufgesucht werden können. Beratungsangebote in Gruppen (Eltern- oder Familiengruppen) werden ebenfalls häufig genannt. Eine Kinderbetreuung innerhalb der Erwachsenenpsychiatrie im Sinne von Eltern-Kind-Einheiten wird mehrfach genannt.

Die Frage nach weiteren konkreten Unterstützungsangeboten (Tabelle 12) zeigt, dass neben dem Wunsch nach konkreter Unterstützung Ideen wie z.B. Patenschaften oder die Erwartung, dass innerhalb des erwachsenenpsychiatrischen Systems Hilfestellungen und Unterstützungsangebote für psychisch kranke Eltern verfügbar sind, häufig genannt werden.

Tabelle 12

Welche weiteren Unterstützungsangebote wünschen Sie sich als konkrete Hilfe für den Alltag? (Mehrfachnennung möglich)

	<i>N</i>	<i>%*</i>
Unterstützungsangebote der Erwachsenenpsychiatrie	28	30
Unterstützung bei der Erziehung und Betreuung der Kinder durch eine Patenschaft (Ermöglichung einer verlässlichen und stabilen Beziehung durch eine weitere Bezugsperson)	22	23
andere, nämlich	22	23
<i>Home-Treatment</i>	5	22
<i>Erziehungsberatung</i>	2	9
<i>Freizeitaktivitäten</i>	2	9
<i>Pikettdienst</i>	2	9
<i>Beistand</i>	1	4
<i>Ehe-Paar-Beratung</i>	1	4
<i>Geburtsbegleitung / psychiatrisch geschulte Hebamme</i>	1	4
<i>Haushaltshilfe</i>	1	4
<i>KiTa</i>	1	4
<i>Notfallplätze für Kinder</i>	1	4
<i>Persönliche professionelle Ansprechpersonen</i>	1	4
<i>Programm mit geschulten Rentnern / Alleinstehenden</i>	1	4
<i>Psychoedukation</i>	1	4
<i>Psychosoziale Spitex</i>	1	4
<i>Rechtsberatung</i>	1	4
<i>Selbsthilfegruppen</i>	1	4

Anmerkungen. * relativer Anteil im Vergleich zur FUNBE-Stichprobe von $n = 95$

4.2. Die Interviewgruppe

Ein Teil der Gesamtgruppe der Studienteilnehmenden stellte sich für ein Interview zur Verfügung und ermöglichte somit differenzierte Einblicke bezüglich Befindlichkeit und Belastung der Eltern sowie bezüglich Vorstellungen und Beschreibungen der Kinder. Insbesondere der zweite Themenbereich generierte neue Daten, die eine Vertiefung der quantitativen Daten erlauben. In den Interviews war ausserdem bezüglich Unterstützungsbedarf eine offenere Situation gegeben, so dass die Erwartung bestand, dass neben den im Fragebogen vorgegebenen Variablen neue Kategorien gebildet werden können, welche die quantitativen Daten anreichern.

4.2.1 Vergleich zwischen Gesamtgruppe und Interviewgruppe

In einem ersten Durchgang wurde geprüft, ob die Gruppe derjenigen Eltern, die sich für ein Interview zur Verfügung gestellt hat, sich von der Gesamtgruppe unterscheidet.

Die Prüfung ergab lediglich bezüglich der Dauer der Erkrankung sowie der Variable getrennt lebend zwischen der Gesamtgruppe und der Interviewgruppe einen Unterschied. Dies bedeutet, dass davon ausgegangen werden kann, dass die Interviewgruppe für die Gesamtgruppe weitgehend repräsentativ ist. In der untenstehenden zusammenfassenden Tabelle 13 sind die wichtigsten Variablen aufgetragen.

Tabelle 13

Gegenüberstellung der Gesamtgruppe und der Interviewgruppe

	Gesamtgruppe	Interviewgruppe
Anzahl Teilnehmende	<i>N</i> = 100	<i>N</i> = 40
Geschlecht	68% Mütter / 32% Väter	73% Mütter / 27% Väter
Alter	38.15 Jahre (MW, SD: 8.72, Min: 23, Max:58)	40.02 Jahre (MW, SD: 7.8, Min: 26, Max: 55)
Zivilstand	55% verheiratet, 36% getrennt / geschieden	45% verheiratet, 48% getrennt / geschieden
Erstsprache Deutsch	67%	78%
Berufstätig	56%	47.5%
Berufsbildung	45% Berufslehre	45% Berufslehre
Hauptdiagnose	60% Depression	65% Depression
Dauer der Erkrankung	3.25 Jahre (Median, SD: 6.08, Min: 0.04, Max: 24)	6 Jahre (Median, SD: 6.77, Min: 0.04, Max: 24)
Anzahl Hospitalisationen	1.51 (Median: 2, SD: 1.77, Min: 0, Max: 7)	1.79 (Median: 1, SD: 1.99, Min: 0, Max: 7)
Behandlungssetting	73% ambulant oder teilstationär	65% ambulant oder teilstationär
Zusatzbelastungen	2 (Median)	2 (Median)

Die Kinder der Interviewgruppe (*N* = 84) können folgendermassen beschrieben werden:

- 61% männlich, 39% weiblich
- Durchschnittlich 11.52 Jahre alt (Median: 11.42 Jahre, SD: 6.06 Jahre, Minimum: 0.33 Jahre, Maximum: 24 Jahre)
- Die Mehrheit der Kinder wird im familiären Umfeld betreut
- Die Mehrheit der Kinder besucht die Regelschule; kaum familienergänzende und schulergänzende Angebote

Sowohl bezüglich dem Belastungserleben mit dem EBI gemessen als auch bezüglich der Einschätzung der Befindlichkeit der Kinder ergaben sich zwischen der Gesamtgruppe und der Interviewgruppe vergleichbare Werte (vergleiche BITSEA/SDQ-Scores der Gesamtgruppe in Tabelle 5 sowie diejenigen

Scores der Interviewgruppe in Tabelle 12, 13 und 14 im Anhang, und EBI-Scores der Gesamtgruppe in Tabelle 4 sowie diejenigen Scores der Interviewgruppe in Tabelle 11 im Anhang).

4.2.1 Daten aus den Interviews

Aufgrund der relativ hohen Anzahl von Interviews ($N = 40$) konnten die Kategorien quantifiziert und mit Ankerbeispielen unterlegt werden.

4.2.1.1 Belastungen und spezifische Sorgen der Eltern

Eine zentrale Fragestellung der vorliegenden Studie ist diejenige nach der Belastung der psychisch kranken Eltern im Zusammenhang mit ihrer Elternschaft. Zum einen interessierte eine differenziertere Beschreibung der erlebten Belastungsmomente. Zum zweiten war es wichtig, genauer zu erfassen, welche Ängste und Befürchtungen bezüglich der kindlichen Entwicklung die Elternschaft begleiten und welche Überlegungen bezüglich Transmissionsmechanismen seitens der Eltern bestehen.

Die von den Eltern genannten Belastungen wurden bei der Analyse der Interviewtranskripte in 5 Oberkategorien zusammengefasst und die dazugehörigen Häufigkeiten berechnet und mit entsprechenden Ankerbeispielen versehen. Die am häufigsten genannte Oberkategorie ‘Sorge um die Kinder’ (25 von 39 Interviews) konnte in drei Unterkategorien weiter aufgeschlüsselt werden. In der untenstehenden Tabelle 14 sind die Daten zusammengestellt.

Tabelle 14

Belastungen der Eltern mit Kategorien und Ankerbeispielen (Mehrfachnennung möglich), $N = 39$

Oberkategorie	Unterkategorie	Ankerbeispiel
Sorge um Kinder (62.5%, 25 Personen)	Befürchtung, das Kind könnte selber psychisch erkranken (18 Personen)	„Ja und vielleicht halt auch die Angst von mir selber, ui in wie weit kann das auch vererbbar sein ..., man hört von vielen wo es dann in der Familie so ein bisschen...“ (Int. Nr. 27)
	Sorge um die kindliche Entwicklung (9 Personen)	„Ja nun sie ist 18 und hat noch keine Lehre begonnen. Und mit Berufsschule wird sie sicher Probleme haben, hatte sie ja vorher auch und dann sitzt sie halt mit 15-jährigen in der Berufsschule. Also das wird noch schwierig.“ (Int. Nr. 13)
	Sorge um adäquate Kinderbetreuung während dem Klinikaufenthalt (4 Personen)	«Ja also ich bin in Pfäfers oben gewesen, ... zuerst eine halbe Woche ... auf der Akutstation, aber habe dann relativ schnell wieder ... heim wollen, weil es mit der Kinderbetreuung schwierig gewesen ist“ (Int. Nr. 17)
Aktive Betreuung der Kinder (57.5%, 23 Personen)		„ ... die Erholung war dann nicht möglich, weil 2 Kinder da sind ... und dann habe ich einfach funktioniert, aber ich konnte mich nie erholen und war dann so erschöpft, dass es irgendwann geknallt hat.“ (Int. Nr. 2)

Tabelle 14 – Fortsetzung

Belastungen der Eltern mit Kategorien und Ankerbeispielen (Mehrfachnennung möglich), N = 39

Oberkategorie	Unterkategorie	Ankerbeispiel
Insuffizienzgefühle in der Elternrolle (55%, 22 Personen)		“ ... es belastet mich schon einfach mehr dass ich einfach denke, ... dass ich so halt einfach kein gutes Mami bin.“ (Int. Nr. 23)
Durch Schwierigkeiten oder Erkrankungen der Kinder (47.5%, 19 Personen)		„... jetzt geht es meiner Tochter schlecht, ich bin scheisse drauf, und jetzt müssen wir nachhause und einfach niemand mehr schaut ..., ich bin manchmal in der Klinik gewesen und ich habe Angst gehabt um meine Tochter...“ (Int. Nr. 28) „Er ... ist auch noch, das muss ich sagen, sehr ein bedürftiges Kind gewesen... Er konnte nicht laufen, man hat Physiotherapie gebraucht, hat medizinische Abklärungen gemacht. Ich habe gesundheitliche Probleme noch gehabt. Dies kam auch alles noch dazu“ (Int. Nr. 11)
Spannung zwischen eigenen und familiären Bedürfnissen (42.5%, 17 Personen)		“Aber da ist dann auch wieder die Diskrepanz: selber für sich schauen, weil ich eigentlich nicht mag, aber trotzdem sind natürlich die Kinder da, die immer Nähe suchen und auch fordern. Das ist jetzt die Herausforderung.“ (Int. Nr.1)

In den Interviews konnte differenziert auf die vielfältigen Belastungen der Eltern sowie ihr subjektives Belastungserleben eingegangen werden:

- 20 von 29 Mütter (69%) geben an, insbesondere durch die aktive Betreuung der Kinder belastet zu sein, während die Väter diese Belastung nur in 3 von 11 Fällen (27%) nennen.
- Rund ein Drittel der interviewten Väter (4 von 11) gibt Probleme im Kontakt zum Kind an, weil es entweder Probleme mit der Ex-Frau gibt und / oder aufgrund von Auflagen der Kinderschutzbahörden. Keine Mutter nannte eine solche Belastung.
- Keiner der interviewten Väter ist alleinerziehend, 8 von 29 Müttern (28%) beschreiben hingegen ihre Alleinerziehung als eine Belastung.
- Von Insuffizienzgefühlen in Bezug auf die Erfüllung der Elternrolle berichten etwas mehr Mütter als Väter (17 von 29 Mütter – 59% versus 5 von 11 Väter – 45%).
- 7 Mütter und 1 Vater sprechen von einem belastenden Verantwortungsgefühl gegenüber ihren Kindern, welches teilweise ihren Heilungsprozess beeinträchtigt, weil sie gedanklich zu sehr auf die Kinder fokussiert seien.

Wie in der Tabelle 14 ersichtlich, machen sich zwei Drittel der interviewten Eltern (62.5%) Sorgen um ihre Kinder. Bei genauer Nachfrage bezüglich der konkreten Inhalte der Sorgen, zeigt sich, dass die Studienteilnehmenden aus der Interviewgruppe am häufigsten die Sorge nennen, dass ihr Kind ebenfalls psychisch erkranken könnte (75%). An zweiter Stelle wird eine allgemeine Sorge bezüglich der kindlichen Entwicklung (37.5%) genannt. Die Sorge um eine adäquate Kindsbetreuung wird in 17%, Ängste bezüglich Sorgerechtsentzug in 4% genannt (siehe Abbildung 3).

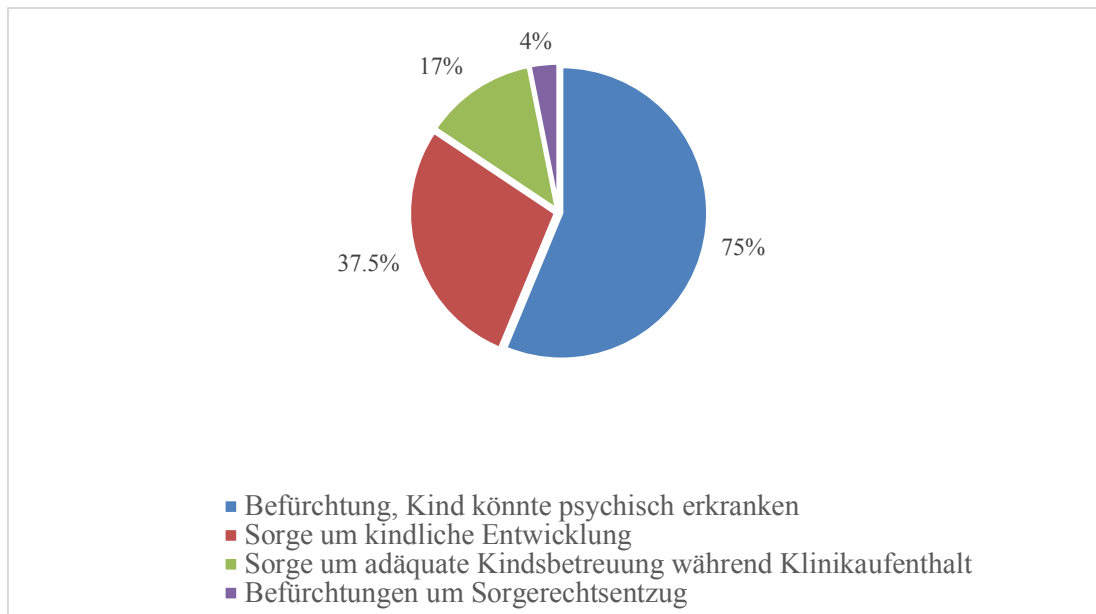


Abbildung 3. Inhalte der elterlichen Sorgen um die Kinder (Mehrfachnennung möglich), $N = 25$

Auf die Nachfrage nach der elterlichen Vorstellung weshalb die Befürchtung da sei, dass das eigene Kind ebenfalls psychisch erkranken könnte bzw. wie sie sich den Zusammenhang zwischen eigener Erkrankung und einer möglichen psychischen Erkrankung des Kindes denken (Transmissionsmechanismen), geben die Elternteile Antworten, die sich folgendermassen kategorisieren lassen:

- Gefahr, dass es eine genetische Weitergabe geben könnte (61% der Nennungen),
- das Kind könnte als Reaktion auf die elterliche Störung und deren Auswirkungen selbst psychisch erkranken (55% der Nennungen).

Die Väter nennen diese spezifische Sorge deutlich häufiger als die Mütter (8 von 11 Vätern versus 13 von 29 Müttern).

Eine Mutter formuliert ihre Befürchtung, das Sorgerecht zu verlieren, folgendermassen:

„Es ist immer so ein wenig das im Hintergedanken: «Was passiert?» Und das ist schon noch streng, wenn Du nicht weisst. Du wurdest lieber selbst irgendetwas, nicht dass Du Angst haben musst, dass die Kinder weggehen.“ (Int. Nr. 12).

4.2.1.2 Unterstützungsbedarf

Das zentrale Anliegen der vorliegenden Studie war es, den Unterstützungsbedarf der psychisch kranken Elternteile möglichst differenziert zu erfassen und insbesondere in den Interviews Fragen bezüglich Rahmenbedingungen und Aspekten, welche die Inanspruchnahme von Angeboten erschweren, besser dokumentieren zu können. Auf die offene Interviewfrage nach unterstützenden Angeboten antworteten die Elternteile mit einer breiten Palette von Ideen und Wünschen. Diese konnten in einem ersten Schritt in zwei Grobkategorien eingeteilt werden: Zum einen betreffen die Antworten Änderungswünsche und Angebote innerhalb der Erwachsenenpsychiatrie, zum zweiten solche, die ausserhalb des Erwachsenensystems und gehäuft nah am familiären Alltag sind.

a) Unterstützungsbedarf in der Erwachsenenpsychiatrie

Die untenstehende tabellarische Zusammenstellung (Tabelle 15) zeigt die Antworten und Ideen der Studienteilnehmenden bezüglich der Frage nach konkreten Hilfestellungen innerhalb der Erwachsenenpsychiatrie. Neben der Kategorie und der jeweiligen Anzahl Nennungen werden Ankerbeispiele wiedergegeben.

Tabelle 15

Konkrete Ideen und Wünsche zu Angeboten innerhalb der Erwachsenenpsychiatrie, N = 40 (100%)

Kategorie	Ankerbeispiel
Elterngruppe (32.5%, 13 Personen)	„ ... ich fände es irrsinnig schön, wenn ich mich mit anderen alleinerziehenden Eltern, wo psychische Probleme haben, könnte austauschen und vielleicht auch untereinander soziale Kontakte knüpfen...“ (Int. Nr. 17)
Elternberatung durch Kinderpsychologin (25%, 10 Personen)	„ ... dass man wie vom KJPD jemanden in die Klinik einschleusen könnte, der Leute auch berätet und ... dann das so aufnehmen oder besprechen um zu schauen, was los und nötig ist. Weil ich sage, die Kinder gehen einfach unter, die sind einfach nebenbei und es geht einfach weiter, oder muss weitergehen, trotz allen Belastungen.“ (Int. Nr. 33)
Sprechstunde/Beratung für Kinder (17.5%, 7 Personen)	„ ...vielleicht wäre es auch noch gut, wenn man merkt, dass die Eltern in einer Betreuung sind, man bietet an einer Stunde oder zwei an einem Nachmittag, mit den Kindern zu reden über ihre Erfahrung und auch die Verhaltensweisen der Kinder anschaut, um zu merken wo noch etwas vorhanden ist, was ich vielleicht gar nicht so wahrnehme.“ (Int. Nr. 1)
Kinderbetreuung während ambulanter Therapie (10%, 4 Personen)	„ ... es ist dann schwierig alles unter einen Hut zu bringen und es wäre läss, wenn es irgendwie man kann zum Therapeuten und in dieser Zeit man kann die Kinder mitnehmen und die werden in dieser Zeit betreut ...“ (Int. Nr. 2)

Zusätzlich zur Nennung neuer möglicher Angebote innerhalb der Erwachsenenpsychiatrie, hat ein Teil der interviewten Mütter und Väter auch Überlegungen zum Umgang mit dem Thema der Elternschaft innerhalb der Erwachsenenpsychiatrie mitgeteilt. Diese können zusammenfassend als Anpassungen des Behandlungskonzepts in den psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungen beschrieben werden. Die einzelnen Kategorien dazu sowie die entsprechenden Ankerbeispiele können der Tabelle 16 entnommen werden.

Tabelle 16

Ideen zu Anpassungen des Behandlungskonzepts (häufigste Nennungen), N = 40 (100%)

Kategorie	Ankerbeispiele
Aktives Ansprechen des Unterstützungsbedarfs durch Institution und Dranbleiben (35%, 14 Personen)	„Aber ich hätte mindestens erwartet, dass man mindestens mal die Frage in den Raum stellt, braucht es, ... haben Sie das Gefühl, Ihre Kinder brauchen eine Unterstützung?“ (Int. Nr. 9) „Und das wäre für mich noch sinnvoll, wenn jetzt eine Fachperson sieht, das wäre wirklich eine gute Unterstützung, dass man vielleicht dort ein wenig nachhakt und ein wenig dranbleibt, weil ich bin auch in der Situation natürlich völlig entscheidungsunfähig gewesen: Was soll ich noch, was mach ich noch? ...“ (Int. Nr. 28)
Einbezug der Angehörigen in die Behandlung des erkrankten Elternteils (20%, 8 Personen)	„ ...halt schon, dass man das irgendwie die Familie oder auch der Ehemann dass man das irgendwie ein bisschen in die Gespräche auch könnte miteinbeziehen.“ (Int. Nr. 19)
Elternsein in der Psychiatrie thematisieren (15%, 6 Personen)	„Dann auch wenn man vielleicht ein bisschen darüber geredet hätte, wie geht man jetzt am besten mit den Kindern um in dieser Situation...“ (Int. Nr. 27)

Tabelle 16 – Fortsetzung

Ideen zu Anpassungen des Behandlungskonzepts (häufigste Nennungen), N = 40 (100%)

Kategorie	Ankerbeispiele
Nach Einweisung rasche Abklärung des familiären Unterstützungsbedarfs (10%, 4 Personen)	„... ist es wahrscheinlich auch wichtig, wenn jetzt jemand an solch einen Ort kommt, sich selbst auch einliefert, dass das vielleicht auch ziemlich schnell geklärt wird, wie ist da die Situation zuhause mit den Kindern und so“ (Int. Nr. 5)
Unterstützung im Aufklären der Kinder über elterliche Erkrankung (10%, 4 Personen)	„... dass ich dort vielleicht irgendwo noch eine Hilfe hätte, wo auch den Kindern könnte schauen, so einfach ihnen das so könnte erklären wieso und warum, dass das Mami nicht daheim ist“ (Int. Nr. 19)

b) Unterstützungsbedarf ausserhalb der Erwachsenenpsychiatrie

Im Interview wurde auch nach Hilfestellungen im familiären Alltag gefragt bzw. auch mit den Studienteilnehmenden besprochen, wie sie mit vergangenen und aktuellen Krisensituationen umgegangen sind und welche Hilfestellungen unterstützend gewesen wären oder aktuell sein könnten. Die Antworten können in vier Kategorien eingeteilt werden (siehe Tabelle 17).

Tabelle 17

Ideen zu externen Angeboten (häufigste Nennungen), N = 40 (100%)

Kategorie	Ankerbeispiele
Zentrale Stelle für Information und Koordination von Angeboten (25%, 10 Personen)	„P: Ich musste mir das in der Krise auch selber etwas zusammensuchen, musste überall herumtelefonieren. I: Wäre so eine Anlaufstelle hilfreich, die einem zeigt, was es alles gibt? P: Ja, die einem einfach mal sagen, welche Möglichkeiten es gibt und die wenn nötig einen Kontakt herstellen können.“ (Int. Nr. 1)
Elternberatung (22.5%, 9 Personen)	„... ich glaube das hätte mir gut getan, wenn ich jemand gehabt hätte, mit dem ich über die Probleme hinsichtlich der Kinder hätte reden können.“ (Int. Nr. 13)
Drop-in Angebote (z.B. Café) für psychisch kranke Eltern und deren Kinder (17.5%, 7 Personen)	„Es wäre lüss wenn es irgendwie psychologische Unterstützung gibt, ein Café, wo Mütter können zusammensitzen und die Kinder werden betreut und gleichzeitig ist vielleicht ein Psychologe da, der für Fragen da ist.“ (Int. Nr. 2)
Kinderbetreuung (15%, 6 Personen)	„Ich meine ich finde eben ... so Kinderbetreuung, ... was ich da miterlebe ... oder auch sehe ist auch dass die Leute halt zum Teil wirklich hilflos sind...“ (Int. Nr. 16) „...ich habe recht lang ... Panikattacken gehabt ... und in diesen Momenten hätte ich mir gewünscht, den Kleinen, ... dass ich mal die Möglichkeit gehabt hätte zu sagen, du geh dort hin, ich muss jetzt einen Moment für mich sein“ (Int. Nr. 39)

Die interviewten Elternteile sprechen vor allem den Bedarf nach zentralen Informationsstellen, die sie dann auch koordinierend unterstützen können sowie nach niederschweligen Angeboten, die sie alltagsnah beraten oder in der Betreuung unterstützen, an.

Neben den genannten Angeboten mit einer klassischen „Kommstruktur“ (siehe Tabelle 18), wurden auch einige aufsuchende Unterstützungsangebote als erwünschte Hilfestellungen genannt.

Tabelle 18

Ideen zu aufsuchenden Angeboten, N = 40 (100%)

Kategorie	Ankerbeispiele
Aufsuchender Entlastungs- dienst (Nanny oder Kinderhüte- dienst) (20%, 8 Personen)	„Aber es wäre gut, jemand den man relativ schnell abrufen kann, der vielleicht nur mal 2, 3 Stunden kommt...“(Int. Nr. 1) «Ich glaube doch, wenn ich gewusst hätte, dass es meinen Kindern gut geht, dass die Kinder zuhause bleiben können... Wie so eine Nanny, von der ich weiss, dass sie da ist, und die Kinder sind versorgt.“ (Int. Nr. 12)
Psychiatrische Spitex (12.5%, 5 Personen)	„Also ich glaube, dass es für Eltern in meiner Situation hilfreich wäre, wenn es vom KJPD aus jemand gäbe, der ähnlich wie meine Psychiatriepflegerin alle zwei Wochen reinschaut und kuckt und fragt und zuhört und auch schaut wie schaut das aus mit dem Haushalt.“ (Int. Nr. 13)
Aufsuchender psychologischer Dienst (19%, 4 Personen)	„Sondern ich fände jetzt so einen Hausbesuch zum Beispiel als Start in so eine kinderpsychologische Betreuung, fände ich absolut sinnvoll, weil oftmals auch die Kinder daheim ganz anders sich verhalten.“ (Int. Nr. 39)
Haushaltshilfe (7.5%, 3 Personen)	„ ... einfach jemand der mal kommt, um eine Reinigung zu machen, eine Wäsche machen, einmal kochen, auch wenn es nicht täglich ist, aber einfach zwei Mal in der Woche als Entlastung für den Mann und für die Kinder“ (Int. Nr. 11)

4.2.1.3 Zusammenhang zwischen Belastungsgrad und Unterstützungsbedarf

Analog zum Auswertungsverfahren bei den quantitativen Daten, wurde auch bei den Interviewdaten entschieden, zwischen niedriger und hoher Belastung zu unterscheiden. Dafür wurde als niedrige Belastung die Nennung von 0 bis 3 Belastungen definiert, wohingegen hohe Belastung 4 oder mehr Nennungen umfasst. In 38 der 40 Interviews waren genügend Aussagen zum Belastungserleben vorhanden, so dass die entsprechende Kategorisierung vorgenommen werden konnte. Des Weiteren wurde aufgrund der Ergebnisse im quantitativen Teil der Studie zwischen Mütter und Väter unterschieden (siehe Tabelle 19).

Tabelle 19

Belastungsintensität und Geschlecht, N = 38

	Mütter	Väter	Total
Belastung niedrig	7	7	14
Belastung hoch	20	4	24
Total	27	11	38

Es wird deutlich, dass es mehr Mütter in der Gruppe der hoch Belasteten gibt als Väter. 74% der Mütter sind hoch belastet, während es bei den Väter 36% sind. Hingegen sind 63% der Väter und nur 26% der Mütter niedrig belastet.

Es wird von 10 der 24 Personen (42%) aus der hoch belasteten Gruppe gewünscht, dass die Erwachsenenpsychiatrie den Unterstützungsbedarf der Familie aktiv anspricht, 4 der 14 Personen (29%) aus der niedrig belasteten Gruppe wünschen dies ebenfalls.

Knapp 30% der hoch belasteten Gruppe (7 von 24 Personen) sowie 21% (3 von 14 Personen) der niedrig belasteten Gruppe wünschen Elternberatung durch eine Kinderpsychologin innerhalb der Erwachsenenpsychiatrie. Eine Elterngruppe in der Erwachsenenpsychiatrie wird ebenfalls als Wunsch genannt: Von 7 Personen aus der hoch belasteten Gruppe und von 2 Personen aus der niedrig belasteten Gruppe.

Während von den Personen der niedrig belasteten Gruppe im Interview kein Bedarf nach Unterstützung bei der Information der Kinder über die elterliche Erkrankung besteht, wünschen sich dies 4 der 24 Personen, die in der Gruppe der hoch belasteten sind.

Hoch belastete Elternteile wünschen sich ein aktives Ansprechen des Unterstützungsbedarfs durch die Erwachsenenpsychiatrie häufiger als niedrig belastete Elternteile (42% vs. 29%).

4.2.1.4 Rahmenbedingungen für die Inanspruchnahme der Angebote

Ein Kernstück der Studie stellen diejenigen Antworten und Informationen der interviewten Eltern dar, welche die notwendigen Rahmenbedingungen und Gestaltung der Unterstützungsangebote betreffen. Was braucht es, damit die Elternteile mit psychischen Problemen bestehende oder zu implementierende Unterstützungsangebote nutzen? In der untenstehenden Tabelle 20 sind die von der Interviewgruppe genannten Rahmenbedingungen zusammengestellt und mit Ankerbeispielen ergänzt. In einer dritten Spalte werden Bemerkungen aufgeführt, welche die Nennungen in Beziehung zum Geschlecht und zu der erfassten Intensität der Belastung setzen.

Tabelle 20
Gewünschte Merkmale der Unterstützungsangebote, um Inanspruchnahme zu realisieren, N = 40 (100%)

Kategorie	Ankerbeispiele	Bemerkungen
Terminungebunden (25%, 10 Personen)	„Ne ich denke eher ohne Termine. Weil Termine sind immer Zwang und wenn man das Problem hat, dann ist es wichtig denk ich, dass man jetzt dann drüber redet und nicht erst einen Termin macht, weil dann vergeht wieder eine bestimmte Zeit und dann ist es wieder alles weg.“ (Int. Nr. 7)	
Niederschwellig (22.5%, 9 Personen)	„... dass man halt wie einfach irgendwo kann reinlaufen und erzählen, was das Problem ist“ (Int. Nr. 25)	Für die Männer ist Niederschwelligkeit der wichtigste allgemeine Faktor (4 von 11 Männern machen diese Nennung, alle in der niedrig belasteten Gruppe).
Schnell verfügbar (17.5%, 7 Personen)	„... genau dass ich jetzt einfach hätte können irgendjemandem anrufen, hätte gesagt, Du komm in der nächsten halben Stunde vorbei, egal für was.“ (Int. Nr. 38)	
Günstig (17.5%, 7 Personen)	„Und das Finanzielle ist ja dann auch ein Thema. Es bezahlt niemand eine Betreuung für das Kind, woher sollen wir das bezahlen?“ (Int. Nr. 33)	Alle Nennungen kommen aus der hoch belasteten Gruppe.
Finanzielle Unterstützung (15%, 6 Personen)	„Für mich wäre es okay, nur ich kann es nicht finanzieren und da sind wir jetzt noch am schauen da mit der Beiständin, ob da die Gemeinde würde halt zahlen...“ (Int. Nr. 20)	Wenig trennscharf zum Code «günstig». Alle Nennungen kommen aus der hoch belasteten Gruppe.
In bekanntem Rahmen (15%, 6 Personen)	„...einfach das, was er kennt und so. Ich denke viel für Kinder wird es dann schwierig, wenn so etwas ist, wenn sie aus ihrem gefühlten Umfeld hinausmüssen.“ (Int. Nr. 31)	Alle Nennungen kommen aus der hoch belasteten Gruppe.

Neben den finanziellen Aspekten nennen die interviewten Elternteile v.a. Merkmale, welche Flexibilität und Niederschwelligkeit der Angebote betreffen.

4.2.1.5 Beschreibung und Wahrnehmung der Kinder durch die interviewten Eltern

Im quantitativen Teil der Studie haben die befragten Elternteile mit einem standardisierten Fragebogen die Stärken und Schwächen ihrer Kinder beurteilt. Wie unter 4.1.4 dargestellt, wird über ein Drittel der Kinder durch ihre Eltern als auffällig beschrieben. Im Rahmen der Interviews konnte differenzierter nach Vorstellungen der Elternteile zu ihren Kindern gefragt werden. Die Elternteile wurden gebeten, sowohl die Kinder als auch die Beziehung zu ihnen näher zu charakterisieren. Hier interessierte die Frage, inwiefern die interviewten Eltern trotz ihrer psychischen Störung in der Lage sind, ihre Kinder als von ihnen unabhängige Subjekte wahrzunehmen, die eigene Gedanken, Bedürfnisse, Motivationen und Gefühle haben. Aber auch miteinzubeziehen, dass zwischen innerer und äusserer Realität mannigfache Beziehungen bestehen und dass innere und äussere Realität einander bedingen und beeinflussen. Diese Fähigkeit wird als «Mentalisieren» bezeichnet und gilt als eine zentrale Voraussetzung für gelingende, entwicklungsförderliche Beziehungen zwischen Eltern und Kindern (siehe auch Diez Grieser & Müller, 2018).

Die Interviews wurden auf diese Aspekte hin analysiert und es zeigte sich, dass die interviewten Elternteile, mit wenigen Ausnahmen, ihre Kinder gut beschreiben und die kindliche Perspektive einnehmen können.

Es konnten aufgrund der Interviewtranskripte fünf Kategorien gebildet werden, die die Beschreibungen der Kinder entlang der Achse Subjekt – Objekt differenzieren: an einem Pol wird das Kind als eigenständige Persönlichkeit (Subjekt) charakterisiert, am anderen als Jemand, der in erster Linie die Erwartungen und Bedürfnisse des Elternteils zu erfüllen hat (Objekt). Zusätzlich wurden Schilderungen, welche die Kinder «stereotyp» beschreiben, d.h. auf allgemeine Vorstellungen zurückgreifen, die relativ starre und weit verbreitete Vorstellungsbilder über Kindheit transportieren, als zusätzliche Kategorie kodiert.

Tabelle 21

Beschreibung des Kindes entlang der Subjekt-Objekt-Achse

Kategorie	N
Kind wird als Subjekt thematisiert	24
Kind wird als Subjekt und als Objekt des Elternteils beschrieben	5
Kind wird als Subjekt und stereotyp beschrieben	5
Kind wird als Subjekt und als Objekt des Elternteils und stereotyp beschrieben	3
Kind wird nur stereotyp beschrieben*	1
Total	38

Anmerkungen. * Diese Kategorie wurde bei nur einer Person, welche sich in einem akut psychotischen Zustand befand, vergeben.

Wie in Tabelle 21 ersichtlich, zeigte die Analyse der Interviews, dass in knapp zwei Drittel der Fälle (24 von 28 Interviews) die Schilderungen und Bilder der Eltern illustrieren, dass sie ihre Kinder als Subjekte mit eigenen Gefühlen, Gedanken und Bedürfnissen gut beschreiben können. In einem Drittel der Fälle findet sich eine Mischung aus verschiedenen Elementen, welche unterschiedlichen Kategorien zugeordnet werden können. Einige beschreiben ihr Kind beispielsweise einerseits als Subjekt, andererseits aber auch als Objekt für das jeweilige Elternteil. Lediglich eine Person beschreibt ihre Kinder nur auf stereotype Art und Weise. Es handelt sich bei dieser Einzelperson um eine akut psychotische Patientin (siehe letzte Kategorie Tabelle 21).

In der untenstehenden Tabelle 22 sind einige Ankerbeispiele zusammengestellt, die die oben erwähnten Oberkategorien illustrieren und konkretisieren sollen.

Tabelle 22

Beispiele für die Kategorien der Kindsbeschreibung entlang der Subjekt-Objekt-Achse

Oberkategorie	Ankerbeispiele
Kind wird als Subjekt thematisiert	<p>„Sie ist auch die Pragmatischere, so schnell schnell was machen, was ich muss, ja nicht mehr. Da war die Grössere umgekehrt...“ (Int. Nr. 10)</p> <p>„Und sie hat aber nicht nur das feminine, sehr wenig, sondern sie ist ein bisschen auch die burschikose Art, nicht nur das Tussi...“ (Int. Nr. 11)</p> <p>„Ich würde sagen er ist sehr ein aufmerksamer, ein freundlicher, er hat sehr Freude an den Menschen, also er ist sehr interessiert auch, wenn er neue Gesichter sieht und ist natürlich zum Teil ein sehr typisches Baby und manchmal wieder auch sehr untypisch...“ (Int. Nr. 18)</p> <p>„... Und wie ein geschlagener Bube, hat er sofort Abstand genommen, ist auf die Seite gegangen ... Und irgendwas muss passiert sein in seinem Leben, dass er dort eine schlechte Erfahrung gemacht hat.“ (Int. Nr. 21)</p> <p>„Ja wahrscheinlich hat das auch einen Stress oder eine Unsicherheit ausgelöst... Ich weiss nicht, was das in so Kindern jeweils auslöst...“ (Int. Nr. 33)</p>
Kind wird als Objekt des Elternteils beschrieben	<p>„Also vor allem der Grosse, wenn er, eben er hats ja gespürt und ist mich trösten gekommen mit seiner Kuschedecke, mich umarmt und der Kleine ja der will immer kuscheln, wenn er es merkt, es ist mir zu viel oder so“ (Int. Nr. 2)</p> <p>«Es tut mir gut, dass mein Sohn mich so versteht, was mit mir los ist, er kommt zu mir ... wir liegen zusammen und ... das tut mir gut, das merk ich. Er liebt mich, innig, er umarmt mich, er küsst mich, das tut mir gut.“ (Int. Nr. 7)</p> <p>„... und eben weil er so an mir hängt, ... und dann ist viel so dass er spielt und dann kommt er wieder kuscheln und das finde ich noch schön.“ (Int. Nr. 20)</p>
Kind wird stereotyp beschrieben	<p>“Bei den Töchtern ist es ja jetzt auch, sie ist ja eigentlich schon immer eine gute gewesen, ... sie ist gleich wie die Mutter und gibt manchmal gegen die Mutter mehr Widerstand“ (Int. Nr. 5)</p> <p>“Ja also sie sind alle 4 Kinder sind gleich, sie sind riesige Goldschätze ...“ (Int. Nr. 3)</p>

5. Diskussion

Die PGG-Studie hatte zum Ziel, möglichst viele psychisch kranke Elternteile, die in verschiedenen Settings der Erwachsenenpsychiatrie im Kanton St. Gallen und Appenzell Ausserrhoden an mehreren Stichtagen zwischen Juni und September 2019 in Behandlung waren, zu erreichen und zu befragen.

Es wurden 100 Mütter und Väter erreicht und sozioökonomische Daten, Daten zu ihrem Befinden und ihrer psychischen Erkrankung sowie Daten zur Lebens- und Betreuungssituation ihrer Kinder erhoben. Des Weiteren füllten die Studienteilnehmenden Fragebögen zu ihrem Belastungserleben, zu Stärken und Schwächen ihrer Kinder sowie zu ihrem familiären Unterstützungsbedarf aus. Die für die Auswertung vorliegenden Daten weisen eine gute Qualität auf, da die Mehrheit der Elternteile die Fragebögen vor Ort ausgefüllt hat und bei Fragen die Unterstützung des wissenschaftlichen Teams in Anspruch nehmen konnte.

Die Gesundheitsstatistik 2019 des Bundesamtes für Statistik zeigt auf, dass knapp 20% der Frauen und 14% der Männer in der Kategorie der 35-44-jährigen psychisch belastet sind. Die in der Studie befragte Gruppe der psychisch kranken Erwachsenen ist mit einem Durchschnittsalter von 38 Jahren somit innerhalb der Gruppe der psychisch belasteten Erwachsenen in der Schweiz. Bezüglich Diagnose ergeben sich zwischen den Zahlen, die im OBSAN Bulletin (Schuler et al., 2019) veröffentlicht wurden und der Verteilung der Hauptdiagnosen in unserer Gruppe deutliche Unterschiede, insofern als die Diagnose der Suchterkrankungen deutlich untervertreten ist (19.4% bei den Frauen und 26.7% bei den Männern laut OBSAN in der stationären Psychiatrie versus 5% in der Studie). Auch andere Diagnosen sind untervertreten. Die in allen Gesundheitsstatistiken häufigste Diagnose-Gruppe der affektiven Störungen ist in der befragten Gruppe mit 69% übervertreten. Dies bedeutet, dass die vorgestellten Ergebnisse psychisch belastete Personen (und zwar überwiegend aus der Diagnose-Gruppe "affektive Störungen") charakterisieren.

Besonders wichtig ist in der vorliegenden Studie ausserdem, dass 40% der Studienteilnehmenden auch bereit waren, im Rahmen eines leitfadengestützten, längeren Interviews über ihre Lebenssituation und ihren Sorgen als psychisch kranke Eltern zu berichten, womit im Gegensatz zu anderen reinen Fragebogenuntersuchungen deutlich detailliertere Informationen erhoben werden konnten.

Ein weiteres spannendes Ergebnis der Studie betrifft die hohe elterliche Belastung, die mit dem Elternbelastungsinventar gemessen werden konnte. Die Elternteile geben v.a. in den Skalen, die Beeinträchtigungen elterlicher Funktionsbereiche erfassen (Bindung, Soziale Isolation, Zweifel an der elterlichen Kompetenz, Depression, Gesundheit, Persönliche Einschränkung, Partnerbeziehung) eine deutlich höhere Belastung als die Normgruppe an, während die Belastungsquellen, die vom kindlichen Verhalten ausgehen und mit besonderen Anforderungen für die Eltern verbunden sind (Ablenkbarkeit / Hyperaktivität des Kindes, Akzeptierbarkeit, Anforderung, Anpassungsfähigkeit und Stimmung), weniger deutlich erhöht sind. Dieser Befund zeigt, dass die Studienteilnehmenden besonders durch Verunsicherungen ihrer elterlichen Kompetenz belastet sind und deshalb eine passende und gezielte Unterstützung auf dieser Ebene sinnvoll ist. Die Anzahl der angegebenen Belastungen korreliert mit dem Belastungsinventar und macht deutlich, dass insbesondere ambulant und teilstationär behandelte Elternteile einen erhöhten Bedarf nach Unterstützung aufweisen. Die Daten zeigen weiter auf, dass die psychisch kranken Mütter, die häufiger als die Väter für die Familienarbeit zuständig sind, stärker belastet sind und mehr Unterstützungsangebote wünschen. Tendenziell weisen die Daten ausserdem auf eine höhere Belastung der Elternteile in der mittleren Kindheit und in der Adoleszenz der Kinder hin, d.h. dann, wenn die elterlichen Kompetenzen für die täglichen Beziehungs- und Erziehungsaufgaben besonders gefordert sind.

Hinzu kommt noch, dass aufgrund der Daten der vorliegenden Studie ein Teil der Kinder und Jugendlichen aufgrund von emotionalen oder Verhaltensauffälligkeiten bereits in kinderpsychiatrischer Behandlung ist und erhöhte Anforderungen an die Eltern im Umgang mit diesen Kindern vorliegen. Zusätzlich wird ein Viertel der Kinder und Jugendlichen von den befragten Elternteilen als deutlich auffällig beschrieben, einige Kinder und Jugendliche mehr als in kinderpsychiatrischer Behandlung sind. Auch wenn es Untersuchungen gibt, die daraufhin weisen, dass sich der Grad der elterlichen Belastung auf die Symptomwahrnehmung des Kindes auswirken kann (Irlbauer-Müller et al., 2017) und dass diese Eltern mehr Probleme bei ihren Kindern beobachten als die Fachpersonen, lassen die Ergebnisse aus den Interviews in unserer Stichprobe sowie auch beispielsweise jene aus der Untersuchung von Penney und Skilling (2012) andere Hypothesen zu. Die genannte Untersuchung konnte aufzeigen, dass

psychisch belastete Eltern internalisierende Störungen bei ihren Kindern deutlich weniger als Fachpersonen beobachten. In den Interviews der vorliegenden Studie kann einer guten Mehrheit der Interviewgruppe aufgrund einer inhaltsanalytischen Bearbeitung der Interviews eine „good enough“ Mentalisierungsfähigkeit zugeschrieben werden, so dass die Einschätzungen der kindlichen Befindlichkeit durch die Eltern nicht als grundsätzlich und gesamthaft unstimmig oder verzerrt verstanden werden kann. Relevant für die vorliegende explorative Studie bleibt, dass die Elternteile bei ihren Kindern Verhaltenweisen wahrnehmen, die sie als problematisch und belastend einstufen und beschreiben und dass es in diesem Kontext wichtig wäre, wenn die betroffenen Kinder möglichst früh von Kinderspezialist*innen beurteilt werden könnten. Auch um, falls nötig, die verzerrte elterliche Wahrnehmung korrigieren zu helfen und das Kind aus dieser Rolle entlassen zu können. Bei dieser Gruppe dürfte der Bedarf nach niederschwelliger Unterstützung besonders zielführend sein, da eine Früherkennung und Frühintervention bei dieser Konstellation angezeigt und – wie die Präventionsforschungsergebnisse zeigen – besonders effektiv ist. Einige der interviewten Elternteile haben sich vielerlei Gedanken zu möglichen Hilfestellungen gemacht und dabei gute selbstreflexive Fähigkeiten gezeigt, bei denen in entsprechenden Beratungs- oder Gruppenangeboten angeknüpft werden könnte.

Interessant ist auf der Ergebnisebene, dass die vorliegende Studie einen so hohen Anteil ambulanter und teilstationärer Mütter und Väter erreichen konnte, die im Normalfall mit ihren Kindern zusammenleben und für die sie zentrale Betreuungsfunktionen übernehmen. Dies stellt einen deutlichen Unterschied zu der teilweise vergleichbaren Studie in Basel dar, die aber vorwiegend stationäre Patient*innen befragen konnte. Insbesondere bei den in der vorliegenden Studie befragten Müttern war dann auch das Thema der Belastung durch Betreuungsaufgaben prominent und konsequenterweise waren es auch die Mütter, die einen hohen Bedarf für Unterstützungsangebote aufweisen und zwar nicht zuletzt im Alltagskontext. Neben den klassischen Angeboten mit Kommstruktur wünschen sich viele Elternteile, und insbesondere Mütter, flexible, aufsuchende Angebote, die ihre Belastung im Alltag abpuffern helfen.

Bemerkenswert ist weiter, dass die Studienteilnehmenden häufig formulieren, dass sie innerhalb der Erwachsenenpsychiatrie das Thema der Elternschaft sowohl konzeptuell besser verankert haben wollen als auch konkrete Angebote verschiedener Form begrüßen würden. Die Prägnanz dieses Ergebnisses ist beeindruckend und zeigt, dass die psychisch kranken Elternteile eine familienorientierte Betrachtungsweise sowie entsprechende Angebote wünschen und als nötig erachten.

Die Ergebnisse bezüglich alltagsnaher Angebote ausserhalb der Erwachsenenpsychiatrie können dahingehend interpretiert werden, dass die mangelnde örtliche und zeitliche Koordination bestehender ambulanter Angebote für psychisch kranke Eltern und ihre Kinder ein wichtiger Grund für die geringe Inanspruchnahme dieser Angebote darstellt. Bedenkenswert ist aber auch der Befund, dass die Zufriedenheit mit den bestehenden Angeboten bei den Studienteilnehmenden, die diese genutzt haben, insgesamt mässig ist. Hier stellt sich die Frage der Passung zwischen diesen Angeboten – nicht zuletzt auch konzeptuell – und dem Bedarf der Familien mit psychisch kranken Elternteilen. Durch Implementierung von Angeboten unter einem Dach bzw. in Kooperation mit anderen behandelnden Systemen wie z.B. die Kinder- und Jugendpsychiatrie, die einige der Kinder der Studienteilnehmenden bereits betreut, könnten nicht nur Wege abgekürzt werden, sondern die belasteten Eltern müssten nicht gänzlich neue Beziehungen mit neuen Institutionen und deren Vertretern aufbauen. Die Spezialist*innen für Kinder- und Familienfragen kämen zu ihnen an den Ort, wo sie begleitet und behandelt werden und bereits funktionierende Beziehungen bestehen. Die Tatsache, dass die verschiedenen Angebote der Erwachsenenpsychiatrie und insbesondere die ambulanten und teilstationären Angebote, aus welchen die grössere Zahl der Studienteilnehmenden stammen, als „sichere Orte“ von den Elternteilen beschrieben werden, ist ein wegweisendes Ergebnis. Verschiedene Untersuchungen haben immer wieder die Ängste der psychisch kranken Elternteile beschrieben, wenn sie kindsbezogenen Hilfe anfordern. Die Hauptangst und Sorge ist diejenige nach einem möglichen Entzug der elterlichen Sorge über ihre Kinder. Diese Angst ist – so kann den Interviews entnommen werden – geringer, wenn sie innerhalb des sie behandelnden Systems auf ihren Bedarf angesprochen und konkrete Hilfestellungen bekommen. Die interviewten Studienteilnehmenden haben diese Sorge ebenfalls deutlich zum Ausdruck gebracht. Sie haben aber auch formulieren können, dass die mangelnde Passung bestehender Angebote mit ihren Ressourcen und Bedürfnissen der wichtigste Grund für die mangelnde Inanspruchnahme ist. Dies zeigt sich auch in den Ergebnissen der Fragebogenerhebung. Psychisch belastete Eltern möchten zum einen spezifische Angebote innerhalb der Erwachsenenpsychiatrie wie Beratung, Elterngruppen und Familiengruppen. Zum zweiten wünschen sie sich niederschwellige, flexible, alltagsnahe und aufsuchende Angebote, die idealerweise durch ihr

behandelndes System oder einer zentralen Stelle für Unterstützungsangebote koordiniert und in die Wege geleitet werden. Einige der Antworten aus den Fragebögen und den Interviews können auch dahingehend interpretiert werden, dass bestehende Angebote, wie beispielsweise die Psychiatrie-Spitex, vermehrt die Frage nach bestehender Elternschaft in den Fokus nehmen und entsprechend die betroffenen Familien konkret unterstützen sollte.

Die Ergebnisse der Studie haben ausserdem aufgezeigt, dass die Wahrnehmung, die erlebte Belastung und der Unterstützungsbedarf zwischen den Müttern und den Vätern unterschiedlich ist. Die Differenzen bestehen bis hin zu dem Ergebnis aus der Inhaltsanalyse der Interviews, das aufzeigt, dass Väter beispielsweise sehr viel mehr Sorge haben, dass ihre Kinder aus genetischen Gründen psychisch erkranken könnten als die Mütter, die mehr interaktive und umfeldbezogene Faktoren anführen. Der Unterschied in den Erklärungsmustern und den damit verbundenen Handlungsansätzen muss bei der Gestaltung möglicher Unterstützungsangebote berücksichtigt werden, da z.B. nur eine vorgängige Bearbeitung starrer genetischer Vorstellungen von Krankheitstransmission den Boden und die Motivation für Veränderungsprozesse legen kann.

6. Fazit und Empfehlungen

Die Mehrheit der psychisch kranken Eltern, die in dieser Studie befragt wurden, sind durch die Elternschaft zusätzlich belastet.

Ein nicht unerheblicher Anteil der Kinder und Jugendlichen wird von den Elternteilen zum Zeitpunkt der Studie als auffällig beschrieben und muss deshalb aufgrund der Kumulation von Risiken (finanzielle Probleme, Konflikte mit anderem Elternteil, körperliche Erkrankungen), die bei einem grossen Teil der Elternteile vorliegen, als Hochrisikogruppe für die Entwicklung psychosozialer Auffälligkeiten bezeichnet werden. Die Studienteilnehmenden – v.a. die Mütter – haben einen deutlichen familiären Unterstützungsbedarf und mehrheitlich klare Vorstellungen bezüglich der Verortung und der Gestaltung hilfreicher Angebote: innerhalb der Erwachsenenpsychiatrie in verschiedenen Formaten: Beratung, Elterngruppen und Familiengruppen.

Bezüglich der näher an der Lebenswelt anzusiedelnden Angebote sind Niederschwelligkeit, Flexibilität, Alltagsnähe und aufsuchende Strukturen die häufig genannten Merkmale.

Die vorliegende explorative Studie weist somit den Unterstützungsbedarf für die untersuchte Gruppe der psychisch kranken Elternteile, die in psychiatrischer Behandlung ist, nach. Die Ergebnisse geben klare Anhaltspunkte auf einer ersten Ebene zur Frage der Erfassung der elterlichen Belastungen durch sorgfältiges Erfragen und Gewichten der Anzahl der Zusatzbelastungen (die mit dem EBI korrelieren). Zum zweiten zur Frage der Implementierung und Ausgestaltung zum Bedarf der Zielgruppe passender Angebote und sie geben Hinweise auf die Notwendigkeit, die relativ grosse Gruppe der Kinder, die zwar als auffällig beschrieben werden, die aber nicht oder nicht mehr in kinderpsychiatrisch-kinderpsychotherapeutischer Behandlung sind, zu erfassen und passende Hilfestellungen zu realisieren.

Wenn Eltern mit psychischen Problemen als Eltern mit spezifischen Bedürfnissen innerhalb der Erwachsenenpsychiatrie gesehen werden und ihnen proaktiv passende Angebote zu ihrer Elternschaft zur Verfügung gestellt werden, kann davon ausgegangen werden, dass eine wichtige Quelle von Stress vermindert werden kann und sie sich, wie eine interviewte Mutter berichtet, eher auf ihren therapeutischen Prozess einlassen können. Auf der anderen Seite ist die frühe Erfassung und Unterstützung von Kindern von psychisch kranken Eltern eine wichtige gesellschaftliche Aufgabe, die unter anderem durch eine Kooperation zwischen den beiden Systemen realisiert werden kann.

Es gibt in verschiedenen europäischen Ländern spezifische Angebote für Familien mit psychisch kranken Elternteilen, die erfolgreich implementiert und evaluiert sind. Die Sichtung dieser Angebote und der dazugehörigen Konzepte sowie die Prüfung deren Passung zu den Ergebnissen der vorliegenden Studie kann ein erster Schritt für die Entwicklung von Angeboten im Kanton St. Gallen sein (u.a. Lighthouse MBT, London – siehe dazu Volkert et. al., 2019; CHIMPS-Projekte (Kinder und Jugendliche und ihre psychisch erkrankte Eltern) – siehe dazu Wiegand-Grefe, Halverscheid & Plass, 2011).

7. Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Tabelle 1	Hauptdiagnosen der Studienteilnehmenden
Tabelle 2	Gruppierte Anzahl Zusatzbelastungen
Tabelle 3	Auswertung EBI (Kinderbereich / Elternbereich)
Tabelle 4	EBI Gesamtscore
Tabelle 5	Zuordnung der Werte aus beiden Testverfahren BITSEA und SDQ zu den Kategorien normal, grenzwertig und auffällig
Tabelle 6	Von welchen Unterstützungsangeboten haben Sie bereits gehört?
Tabelle 7	Welche Unterstützungsangebote haben Sie bereits in Anspruch genommen?
Tabelle 8	Zufriedenheit mit den genutzten Angeboten
Tabelle 9	Falls Sie nur einzelne Angebote genutzt haben: Was war der Grund dafür?
Tabelle 10	Was würde Ihnen helfen die Unterstützungsangebote besser zu nutzen?
Tabelle 11	Welche Merkmale müssten die Unterstützungsangebote Ihrer Meinung nach aufweisen?
Tabelle 12	Welche weiteren Unterstützungsangebote wünschen Sie sich als konkrete Hilfe für den Alltag?
Tabelle 13	Gegenüberstellung der Gesamtgruppe und der Interviewgruppe
Tabelle 14	Belastungen der Eltern mit Kategorien und Ankerbeispielen
Tabelle 15	Konkrete Ideen und Wünsche zu Angeboten innerhalb der Erwachsenenpsychiatrie
Tabelle 16	Ideen zu Anpassungen des Behandlungskonzepts
Tabelle 17	Ideen zu externen Angeboten
Tabelle 18	Ideen zu aufsuchenden Angeboten
Tabelle 19	Belastungsintensität und Geschlecht
Tabelle 20	Gewünschte Merkmale der Unterstützungsangebote, um Inanspruchnahme zu realisieren
Tabelle 21	Beschreibung des Kindes entlang der Subjekt-Objekt-Achse
Tabelle 22	Beispiele für die Kategorien der Kindsbeschreibung entlang der Subjekt-Objekt-Achse
Abbildung 1	Zusammenhang Anzahl Belastungen (BAELKI) und elterliche Belastung (EBI)
Abbildung 2	Verhältnis zwischen verschiedenen Häufigkeiten der Nutzung von Angeboten und ambulantes / teilstationäres Setting versus stationäres Setting
Abbildung 3	Inhalte der elterlichen Sorgen um die Kinder

8. Literaturverzeichnis

- Abidin, R. R. (1995). Parenting Stress Index. Professional Manual (3. Aufl.). Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Bonfils, K. A., Adams, E. L., Firmin, R. L. & White, L. M. (2014). Parenthood and Severe Mental Illness: Relationships With Recovery. *Psychiatric Rehabil J.*,37(3):186-193.
- Briggs-Gowan, M. J., Carter, A. S. (2006). Brief Infant Toddler Social and Emotional Assessment (BITSEA). University of Yale and Massachusetts. (Deutsche Übersetzung: Hänggi, Y., Binder-nagel, D. & Mögel, M. (2011), unveröffentlicht).
- Bundesamt für Statistik (2019). Gesundheitsstatistik.
- Diez Grieser, M. T. (2017). Kinder psychisch belasteter Eltern. Frühzeitig erfassen und passende Unterstützung anbieten. *Pädiatrie.* 6(17): 21-25.
- Diez Grieser, M. T. & Müller, R. (2018). *Mentalisieren mit Kindern und Jugendlichen*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Gurny, R., Cassée, K., Gavez, S., Los, B. & Albermann, K. (2006). Kinder psychisch kranker Eltern: Winterthurer Studie WIKIP. Wissenschaftlicher Bericht Fachhochschule Zürich, Hochschule für Soziale Arbeit, Forschung und Entwicklung.
- Hefti, S., Kölch, M., Di Gallo, A., Stierli, R., Roth, B. & Schmid, M. (2016). Welche Faktoren beeinflussen ob psychisch belastete Kinder mit einem psychisch kranken Elternteil Hilfen erhalten? *Kindheit und Entwicklung.* 25(2):89-99.
- Hosman, C. (2016). Transgenerational mental health. Opportunities to prevent transmission of psychiatric problems to next generations. Vortrag Basel August 2016.
- Irlbauer-Müller, V., Eichler, A., Stemmler, M., Moll, G.H. & Kratz, O. (2017). Elterliche Belastung und die Zuverlässigkeit von Elternangaben in der Diagnostik psychisch und verhaltensauffälliger Kinder und Jugendlicher. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 45 (4):303-309.
- Kühnis, R., Müller-Luzi, S., Schröder, M. & Schmid, M. (2016). Zwischen Stuhl und Bank – Hindernisse bei der Inanspruchnahme von Hilfsangeboten für Familien mit einem psychisch kranken Elternteil. *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat.* 65: 249-265.
- Lenz A. (2005). *Kinder psychisch kranker Eltern*. Göttingen: Hogrefe.
- Mattejat, F.& Remschmidt, H. (2008). The children of mentally ill parents. *Deutsches Ärzteblatt International.* 105:413-418
- Mayring, P. (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken.* (12. Überarbeitete Auflage). Basel: Beltz.
- Penney, S. R. & Skilling, T. A. (2012). Moderators of informant agreement in the assessment of adolescent psychopathology. Extension to a forensic sample. *Psychological Assessment*, 24(2): 386-401.
- Pleyer, K. H. (2004). Co-traumatische Prozesse in der Eltern-Kind-Beziehung. *Systema.* 18(2):132–149.
- Qin, P., Agerbo, E. & Mortensen, P. B. (2003). Suicide risk in relation to socioeconomic, demographic, psychiatric, and familial factors: a national register-based study of all suicides in Denmark, 1981-1997. *Am J Psychiatry* 160:765-772.
- Schuler, D., Tuch, A. & Peter, C. (2019). Psychische Gesundheit. Kennzahlen 2017. OBSAN Bulletin 8, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, Neuchatel.

- Sellers, R.F. & Hammerton, G. (2016). Antecedents of new-onset major depressive disorder in children and adolescents at high familial risk. *JAMA Psychiatry*.3140.
- Sollberger, D. (2005). Kinder und Erwachsene Nachkommen psychisch kranker Eltern. Belastungen und Bewältigungsformen. Manuskript Vortrag Anna von Gierke- Symposium, Kandertal, 29.10.2005.
- Tröster, H. (2011). *Eltern-Belastungs-Inventar (EBI), Deutsche Version des Parenting Stress Index (PSI) von R. R. Abidin*. Göttingen: Hogrefe.
- Volkert, J., Georg, A., Hauschild, S., Herpetz, S.C., Neukel, C., Byrne, G. & Taubner, S. (2019). Bindungskompetenzen psychisch kranker Eltern stärken: Adaption und Pilottestung des mentalisierungs-basierten Leuchtturm-Elternprogramms. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 68(1), 27-42.
- Wiegand-Grefe S., Halverscheid S. & Plass A. (2011). *Kinder und ihre psychisch kranken Eltern. Familienorientierte Prävention – Der CHIMPs-Beratungsansatz*. Göttingen: Hogrefe.
- Woerner W., Becker A., Friedrich C., Klasen H., Goodman R. & Rothenberger, A. (2002). Normative data and evaluation of the German parent-rated Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ): Results of a representative field study. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 30, 105-112.

9. Anhang

Der Anhang ist in einem separaten Dokument aufgeführt.