

Staets, Susanne und Hipp, Michael

KIPKEL – ein interdisziplinäres ambulantes Präventionsprojekt für Kinder mit psychisch kranken Eltern

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 50 (2001) 7, S. 569-579

urn:nbn:de:bsz-psydok-43212

Erstveröffentlichung bei:

Vandenhoeck & Ruprecht WISSENSWERTE SEIT 1735

<http://www.v-r.de/de/>

Nutzungsbedingungen

PsyDok gewährt ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit dem Gebrauch von PsyDok und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Kontakt:

PsyDok

Saarländische Universitäts- und Landesbibliothek
Universität des Saarlandes,
Campus, Gebäude B 1 1, D-66123 Saarbrücken

E-Mail: psydok@sulb.uni-saarland.de

Internet: psydok.sulb.uni-saarland.de/

INHALT

Aus Klinik und Praxis / From Clinic and Practice

Branik, E.: Gefahren und mögliche negative Auswirkungen von stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlungen – Erkennen und Vorbeugen (Risks and possible unwanted effects of inpatient treatment in child and adolescent psychiatry – recognition and prevention)	372
Buchholz-Graf, W.: Wie kommt Beratung zu den Scheidungsfamilien? Neue Formen der interdisziplinären Zusammenarbeit für das Kindeswohl (How can counseling be brought to families in the process of divorce? New forms of interdisciplinarian cooperation for child's benefit)	293
Dierks, H.: Präventionsgruppen für Kinder psychisch kranker Eltern im Schulalter („Aurynggruppen“) (Preventive groups for school-age children of mentally ill parents („Autyn-groups“))	560
Lüders, B.; Deneke, C.: Präventive Arbeit mit Müttern und ihren Babys im tagesklinischen Setting (Preventive work with mothers and their babies in a psychiatric day care unit)	552
Pavkovic, G.: Erziehungsberatung mit Migrantenfamilien (Counseling help for immigrant families)	252
Pingen-Rainer, G.: Interdisziplinäre Kooperation: Erfahrungen aus dem Modellprojekt „Entwicklung von Beratungskriterien für die Beratung Schwangerer bei zu erwartender Behinderung des Kindes“ (Interdisciplinary cooperation: Results of a multisite project “Development of criteria for the counselling of pregnant women expecting a handicapped child at birth”)	765
Seckinger, M.: Kooperation – eine voraussetzungsvolle Strategie in der psychosozialen Praxis (Cooperation – A strategy with a lot of requisites for personal social services)	279
Seus-Seberich, E.: Erziehungsberatung bei sozial benachteiligten Familien (Educational counseling for social discriminated families)	265
Staets, S.; Hipp, M.: KIPKEL – ein interdisziplinäres ambulantes Präventionsprojekt für Kinder mit psychisch kranken Eltern (KIPKEL – An interdisciplinary out-patient project of prevention aiming at children of psychiatrically ill patients)	569
Wagenblass, S.; Schone, R.: Zwischen Psychiatrie und Jugendhilfe – Hilfe- und Unterstützungsangebote für Kinder psychisch kranker Eltern im Spannungsfeld der Disziplinen (Between psychiatry and youth welfare – Help and treatment for children of parents with mental illness in the tension of the disciplines)	580

Originalarbeiten / Original Articles

Böhm, B.; Emslander, C.; Grossmann, K.: Unterschiede in der Beurteilung 10- bis 14jähriger Söhne geschiedener und nicht geschiedener Eltern (Differences in ratings of 9- to 14 years old sons of divorced and non-divorced parents)	77
Braun-Scharm, H.: Coping bei schizophrenen Jugendlichen (Schizophrenia in adolescence and coping)	104
Gasteiger Klicpera, B.; Klicpera, C.; Schabmann, A.: Wahrnehmung der Schwierigkeiten lese- und rechtschreibschwacher Kinder durch die Eltern: Pygmalion im Wohnzimmer?	

(Perception of the problems of paar readers and spellers by the parents – Pygmalion in the living room?)	622
Götze, B.; Kiese-Himmel, C.; Hasselhorn, M.: Haptische Wahrnehmungs- und Sprachentwicklungsleistungen bei Kindergarten- und Vorschulkindern (Haptic perception and developmental language achievements in kindergarten and preschool children)	640
Hain, C.; Többen, B.; Schulz, W.: Evaluation einer Integrativen Gruppentherapie mit Kindern (Evaluation of integrative group therapy with children)	360
Huss, M.; Jenetzky, E.; Lehmkuhl, U.: Tagesklinische Versorgung kinder- und jugendpsychiatrischer Patienten in Deutschland: Eine bundesweite Erhebung unter Berücksichtigung von Kosten-Nutzen-Aspekten (Day treatment in German child and adolescent psychiatry: A Germany wide analysis with respect to cost-effectiveness)	32
Klosinski, G.; Bertsch, S. L.: Jugendliche Brandstifter – Psychodynamik, Familiendynamik und Versuch einer Typologie anhand von 40 Gutachtenanalysen (Adolescent arsonists: Psychodynamics and family dynamics – a typology based on 40 expert opinions) . .	92
Kühle, H.-J.; Hoch, C.; Rautzenberg, P.; Jansen, F.: Kurze videounterstützte Verhaltensbeobachtung von Blickkontakt, Gesichtsausdruck und Motorik zur Diagnostik des Aufmerksamkeitsdefizit/Hyperaktivitätssyndroms (ADHS) (Video assisted observation of visual attention, facial expression, and motor skulls for the diagnosis of attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD))	607
Meyer, C.; Mattejat, F.; König, U.; Wehmeier, P. M.; Remschmidt, H.: Psychische Erkrankung unter mehrgenerationaler Perspektive: Ergebnisse aus einer Längsschnittstudie mit Kindern und Enkeln von stationär behandelten depressiven Patienten (Psychiatric illness in multigenerational perspective: Results from a longitudinal study with children and grandchildren of formerly depressive inpatients)	525
Mildenberger, K.; Noterdaeme, M.; Sitter, S.; Amorosa, H.: Verhaltensstörungen bei Kindern mit spezifischen und tiefgreifenden Entwicklungsstörungen, erfaßt mit dem psychopathologischen Befundbogen (Behavioural problems in children with specific and pervasive developmental disorders, evaluated with the psychopathological documentation (AMBP))	649
Nieder, T.; Seiffge-Krenke, I.: Psychosoziale Determination depressiver Symptome im Jugendalter: Ein Vergleich der Geschlechter (Psychosocial determanation of depressive symptoms in adolescence: A gender comparison)	342
Pauli-Magnus, C.; Dewald, A.; Cierpka, M.: Typische Beratungsinhalte in der Pränataldiagnostik – eine explorative Studie (Typical consultation issues in prenatal diagnostics – An explorative study)	771
Seiffge-Krenke, I.: „Liebe Kitty, du hast mich gefragt ...“: Phantasiegefährten und reale Freundschaftsbeziehungen im Jugendalter (“Dear Kitty, you asked me ...”: Imaginary companions and real friends in adolescence)	1
Sommer, R.; Zoller, P.; Felder, W.: Elternschaft und psychiatrische Hospitalisation (Parenthood and psychiatric hospitalisation)	498
Wagenblass, S.: Biographische Erfahrungen von Kindern psychisch kranker Eltern (Lifetime experiences of children of mentally ill parents)	513
Wiemer, P.; Bunk, D.; Eggers, C.: Gesprächsmanagement bei gesunden, neurotischen und schizophrenen Jugendlichen (Characteristics of communication of schizophrenic, neurotic, and healthy adolescents)	17
Zander, B.; Balck, F.; Rotthaus, W.; Strack, M.: Effektivität eines systemischen Behandlungsmodells in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie (The effectiveness of a systemic treatment model in an inpatient department of child psychiatry)	325

Übersichtsarbeiten / Review Articles

Baldus, M.: Von der Diagnose zur Entscheidung – Entscheidungsprozesse von Frauen im Kontext pränataler Diagnostik (From diagnosis to decision – Decision making processes of women in context of prenatal diagnosis)	736
Cierpka, M.: Geschwisterbeziehungen aus familientherapeutischer Perspektive – Unterstützung, Bindung, Rivalität und Neid (Sibling relationships from a family therapeutic perspective – Support, attachment, rivalry, and enoy)	440
Dahl, M.: Aussonderung und Vernichtung – Der Umgang mit „lebensunwerten“ Kindern während des Dritten Reiches und die Rolle der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Selection and killing – The treatment of children “not worth living” during the period of National Socialism and the role of child and adolescent psychiatry)	170
Dewald, A.: Schnittstellenprobleme zwischen medizinischer und psychosozialer Versorgung (Problems concerning the interfaces between the medical and the psychosocial field)	753
Geier, H.: Beratung zu Pränataldiagnostik und eventueller Behinderung: psychosoziale Sicht (Counselling regarding prenatal diagnostics and possible disablement: A psychosocial view)	723
Hartmann, H.-P.: Stationär-psychiatrische Behandlung von Müttern mit ihren Kindern (Psychiatric inpatient treatment of mothers and children)	537
Hirsch, M.: Schuld und Schuldgefühl im Zusammenhang mit Trennung und Scheidung (Guilt and feelings of guilt in the context of separation and divorce)	46
Karle, M.; Klosinski, G.: Die Bedeutung von Geschwisterbeziehungen bei einer Trennung der Eltern (The relevance of sibling relationships when parents separate)	401
Lehmkuhl, G.: Von der Verhütung zur Vernichtung „lebensunwerten Lebens“ (From the prevention to the annihilation of “unworthy life”)	156
Lehmkuhl, U.: Biologische Kinder- und Jugendpsychiatrie und Sozialpsychiatrie: Kontroversen und Ergänzungen (Biological child and adolescent psychiatry and social psychiatry: controversies and remarks)	664
Münchmeier, R.: Aufwachsen unter veränderten Bedingungen – Zum Strukturwandel von Kindheit und Jugend (Growing up in a changing world)	119
Nedoschill, J.; Castell, R.: „Kindereuthanasie“ während der nationalsozialistischen Diktatur: Die „Kinderfachabteilung“ Ansbach in Mittelfranken (Child euthanasia during National Socialism 1939-1945: the “Specialized Children’s Department” of Ansbach, Germany)	192
Nedoschill, J.; Castell, R.: Der Vorsitzende der Deutschen Gesellschaft für Kinderpsychiatrie und Heilpädagogik im Zweiten Weltkrieg (The president of the „Deutsche Gesellschaft für Kinderpsychiatrie und Heilpädagogik“ during the Second World War)	228
Rauchfuß, M.: Beratung zu Pränataldiagnostik und eventueller Behinderung: medizinische Sicht (Counselling regarding prenatal diagnostics and possible disablement: A medical view)	704
Seiffge-Krenke, I.: Geschwisterbeziehungen zwischen Individuation und Verbundenheit: Versuch einer Konzeptualisierung (Sibling relationship between individuation and connectedness: A conceptualization)	421

Sohni, H.: Geschwisterbeziehungen in der Verarbeitung sexueller Traumatisierung: Der Film „Das Fest“ (Sibling relationship in coping with sexual traumatization: The movie „Das Fest“ („The Celebration”))	454
Walter, B.: Die NS-„Kinder-Euthanasie“-Aktion in der Provinz Westfalen (1940-1945) (The National Socialist “child euthanasia” action in the province Westphalia (1940-1945))	211
Woopen, C.: Ethische Fragestellungen in der Pränataldiagnostik (Ethical problems in prenatal diagnosis)	695

Buchbesprechungen

Altmeyer, M.: Narzißmus und Objekt. Ein intersubjektives Verständnis der Selbstbezogenheit (<i>W. Schweizer</i>)	386
Armbruster, M. M. (Hg.): Mißhandeltes Kind. Hilfe durch Kooperation (<i>L. Goldbeck</i>)	480
Bergmann, W.: Die Welt der neuen Kinder. Erziehen im Informationszeitalter (<i>E. Butzmann</i>)	385
Borchert, J. (Hg.): Handbuch der Sonderpädagogischen Psychologie (<i>D. Irblich</i>)	596
Dahlmann, D. (Hg.): Kinder und Jugendliche in Krieg und Revolution. Vom Dreißigjährigen Krieg bis zu den Kindersoldaten Afrikas (<i>M. Hartmann</i>)	790
Diederichs, P.: Urologische Psychosomatik (<i>J. Wiese</i>)	319
Edelmann, W.: Lernpsychologie (<i>D. Gröschke</i>)	240
Ehrensaft, D.: Wenn Eltern zu sehr ... Warum Kinder alles bekommen, aber nicht das, was sie wirklich brauchen (<i>G. Fuchs</i>)	70
Eickhoff, F.-W. (Hg.): Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd. 42 (<i>M. Hirsch</i>)	312
Endres, M.; Hauser, S. (Hg.): Bindungstheorie in der Psychotherapie (<i>D. Gröschke</i>)	388
Ettrich, K.U. (2000): Entwicklungsdiagnostik im Vorschulalter. Grundlagen – Verfahren – Neuentwicklungen – Screenings (<i>D. Gröschke</i>)	68
Fendrich, B.: Sprachauffälligkeiten im Vorschulalter. Kinder mit Sprach- und Sprechstörungen und Möglichkeiten ihrer pädagogischen Therapie (<i>D. Gröschke</i>)	481
Fuhr, R.; Screckovic, M.; Gremmler-Fuhr, M. (Hg.): Handbuch der Gestalttherapie (<i>D. Irblich</i>)	137
Götze, P.; Richter, M. (Hg.): Aber mein Inneres überlaßt mir selbst. Verstehen von suizidalem Erleben und Verhalten (<i>W. Schweizer</i>)	141
Gruen, A.: Ein früher Abschied. Objektbeziehungen und psychosomatische Hintergründe beim Plötzlichen Kindstod (<i>I. Seiffge-Krenke</i>)	238
Guggenbühl, A.: Pubertät – echt ätzend. Gelassen durch die schwierigen Jahre (<i>H. Liebenow</i>)	69
Heinzel, F. (Hg.): Methoden der Kindheitsforschung. Ein Überblick über Forschungszugänge zur kindlichen Perspektive (<i>D. Gröschke</i>)	315
Julius, H.; Schlosser, R. W.; Goetze, H.: Kontrollierte Einzelfallstudien (<i>J. Koch</i>)	384
Klauß, T.: Ein besonderes Leben. Was Eltern und Pädagogen von Menschen mit geistiger Behinderung wissen sollten (<i>D. Irblich</i>)	136
Krapp, A.; Weidenmann, B. (Hg.): Pädagogische Psychologie (<i>K.-H. Arnold</i>)	788
Kronig, W.; Haeblerlin, U.; Eckhart, M.: Immigrantenkinder und schulische Selektion (<i>C. Irblich</i>)	789
Mohr, A.: Peer-Viktimisierung in der Schule und ihre Bedeutung für die seelische Gesundheit von Jugendlichen (<i>W. Schweizer</i>)	142

Osten, P.: Die Anamnese in der Psychotherapie. Klinische Entwicklungspsychologie in der Praxis (<i>H. Heil</i>)	683
Österreichische Studiengesellschaft für Kinderpsychoanalyse (Hg.): Studien zur Kinderpsychoanalyse, Bd. XV (<i>P. Dettmering</i>)	136
Palitzsch, D. (Hg.): Jugendmedizin (<i>O. Bilke</i>)	241
Pervin, L.A.: Persönlichkeitstheorien (<i>D. Gröschke</i>)	477
Petermann, F. (Hg.): Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie und -psychotherapie (<i>K. Sarimski</i>)	317
Peters, H.: Psychotherapeutische Zugänge zu Menschen mit geistiger Behinderung (<i>D. Irblich</i>)	598
Radebold, H.: Abwesende Väter. Folgen der Kriegskindheit in Psychoanalysen (<i>B. Gusson</i>)	478
Rost, D. H. (Hg.): Hochbegabte und hochleistende Jugendliche (<i>K.-H. Arnold</i>)	316
Rost, D.H.: Handwörterbuch Pädagogische Psychologie (<i>K.-H. Arnold</i>)	788
Sauter, S.: Wir sind „Frankfurter Türken“. Adoleszente Ablösungsprozesse in der deutschen Einwanderungsgesellschaft (<i>G. Nummer</i>)	65
Schneewind, K.A.: Familienpsychologie im Aufwind. Brückenschläge zwischen Forschung und Praxis (<i>C. von Bülow-Farber</i>)	66
Scholz, A.; Rothenberger, A.: Mein Kind hat Tics und Zwänge. Erkennen, verstehen und helfen beim Tourette-Syndrom (<i>M. Mickley</i>)	482
Schringer, W.: Zeichnen und Malen als Instrumente der psychologischen Diagnostik. Ein Handbuch (<i>D. Irblich</i>)	139
Sigman, M.; Capps, L.: Autismus bei Kindern. Ursachen, Erscheinungsformen und Behandlung (<i>K. Sarimski</i>)	787
Sohns, A.: Frühförderung entwicklungsauffälliger Kinder in Deutschland (<i>D. Gröschke</i>)	594
Steinhausen, H.-C.: Seelische Störungen im Kindes- und Jugendalter. Erkennen und verstehen (<i>M. Mickley</i>)	680
Sturzbecher, D.; Freytag, R.: Antisemitismus unter Jugendlichen. Fakten, Erklärungen, Unterrichtsbausteine (<i>W. Schweizer</i>)	314
Thurmair, M.; Naggl, M.: Praxis der Frühförderung. Einführung in ein interdisziplinäres Arbeitsfeld (<i>D. Gröschke</i>)	682
Warschburger, P.: Chronisch kranke Kinder und Jugendliche (<i>K. Sarimski</i>)	595
Weiß, R. H.: Gewalt, Medien und Aggressivität bei Schülern (<i>H. Mackenberg</i>)	483
Westhoff, K.; Terlinden-Arzt, P.; Klüber, A.: Entscheidungsorientierte psychologische Gutachten für das Familiengericht (<i>E. Bretz</i>)	681
Will, H.; Grabenstedt, Y.; Völkl, G.; Banck, G.: Depression. Psychodynamik und Therapie (<i>C. von Bülow-Farber</i>)	599
Wirth, G.: Sprachstörungen, Sprechstörungen, kindliche Hörstörungen. Lehrbuch für Ärzte, Logopäden und Sprachheilpädagogen (<i>D. Gröschke</i>)	680

Neuere Testverfahren

Fritz, A.; Hussy, W.: Das Zoo-Spiel (<i>K. Waligora</i>)	685
Steinsmeier-Pelster, J.; Schürmann, M.; Eckert, C.; Pelster, A.: Attributionsstil-Fragebogen für Kinder und Jugendliche (ASF-KJ) (<i>K. Waligora</i>)	144
Sturzbecher, D.; Freytag, R.: Familien- und Kindergarten-Interaktionstest (FIT-KIT) (<i>K. Waligora</i>)	390

Editorial / Editorial	153, 249, 399, 491, 693
Autoren und Autorinnen /Authors	59, 135, 238, 311, 383, 469, 593, 676, 786
Diskussion / Discussion	678
Zeitschriftenübersicht / Current Articles	60, 470
Tagungskalender / Calendar of Events	72, 147, 242, 321, 393, 485, 602, 688, 792
Mitteilungen / Announcements	75, 151, 246, 396, 605, 795

KIPKEL – ein interdisziplinäres ambulantes Präventionsprojekt für Kinder mit psychisch kranken Eltern

Susanna Staets und Michael Hipp

Summary

KIPKEL – An interdisciplinary out-patient project of prevention aiming at children of psychiatrically ill parents

Children of psychiatrically ill parents up to now have hardly been perceived as a risk group. In order to prevent these children from becoming psychiatrically ill the practice for art-therapy and psychotherapy and the social psychiatric service of the city of Hilden have developed a programme for parents having children under 18 years of age in which at least one parent suffers from endogenous psychosis or severe personality disorder. The two initiators of the KIPKEL project describe the experiences they had during the preparatory phase and while securing the financial basis and building up solid structures of cooperation. The conceptual basis of the project and problems of practical realization are presented. Finally an example of a family who participated in the programme is given. It illustrates the complex arrangement of interpersonal relationship and the course of the carework.

Zusammenfassung

Kinder psychisch kranker Eltern wurden bisher weder von der Erwachsenenpsychiatrie noch von der Kinder- und Jugendhilfe als Risikogruppe wahrgenommen. Zur Prävention psychischer Erkrankungen entwickelten die Praxis für Kunst und Psychotherapie Haan und der Sozialpsychiatrische Dienst Hilden ein Hilfsangebot für Familien mit minderjährigen Kindern, in denen ein oder beide Elternteile an einer endogenen Psychose oder einer schweren Persönlichkeitsstörung leiden. Die beiden Initiatoren des Projekts KIPKEL beschreiben ihre Erfahrungen in der Vorbereitungsphase, bei der Sicherung der Finanzierung und beim Aufbau verlässlicher Kooperationsstrukturen. Die konzeptionellen Grundlagen und die Probleme ihrer praktischen Umsetzung werden dargestellt. Abschließend veranschaulicht ein Fallbeispiel die komplexe Beziehungsgestaltung mit einer teilnehmenden Familie und den Verlauf der Betreuungsarbeit.

1 Entstehung und Vorbereitung

Die Autoren dieses Beitrags haben das Präventionsprojekt für Kinder psychisch kranker Eltern, KIPKEL, 1998 initiiert und mit der Unterstützung anderer Mitarbeiter bisher getragen. S. Staets arbeitete 30 Jahre lang in verschiedenen Erziehungsberatungsstellen im Kreis Mettmann. Nach ihrem Ausscheiden begann sie eine neue Tätigkeit in der Praxis für Kunst und Psychotherapie Haan, wo sie in der Funktion der Kindertherapeutin frei von wirtschaftlichen Zwängen innovative Ideen zur Präventionsarbeit unmittelbar umsetzen kann. M. Hipp wechselte 1996 von einem psychiatrischen Krankenhaus in den Sozialpsychiatrischen Dienst in Hilden. Die Aufgeschlossenheit seines neuen Arbeitgebers gegenüber qualitativen Verbesserungen im sozialpsychiatrischen Versorgungskontext eröffnete Gestaltungsspielräume, die die Entwicklung neuer Projekte begünstigten. Beide Autoren machten in unterschiedlichen Institutionen die gleiche Erfahrung: Minderjährige Kinder psychisch kranker Eltern werden kaum wahrgenommen, manchmal sogar in ihrer Existenz verleugnet.

Es lag daher nah, in neuen organisatorischen Zusammenhängen ein präventives Hilfeangebot zu entwickeln, das den betroffenen Kindern Gelegenheit geben sollte, Informationen über das Krankheitsbild ihrer Eltern zu erhalten und die familiären Erlebnisse emotional zu verarbeiten. Von der Praxis für Kunst und Psychotherapie Haan und dem Sozialpsychiatrischen Dienst Hilden wurde das Projekt KIPKEL als interinstitutionelles und multidisziplinäres Kooperationsmodell konzipiert. Angesprochen werden sollen Familien mit minderjährigen Kindern (5-17 Jahre), in denen ein oder beide Elternteile an einer endogenen Psychose (manisch-depressive Erkrankung oder Schizophrenie) oder an einer schweren Persönlichkeitsstörung leiden.

In der Vorbereitungsphase galt es zunächst, das Thema in der Fachöffentlichkeit zu enttabuisieren, um bei den Verantwortlichen im regionalen psychosozialen Versorgungssystem ein Problembewußtsein für die Belastungen und inneren Nöte der Kinder zu erzeugen.

Zur finanziellen Absicherung der praktischen Arbeit gründeten wir einen Förderverein. Die rechtliche Anerkennung der Gemeinnützigkeit ermöglichte uns, von Organisationen und Einzelpersonen Spendengelder entgegenzunehmen.

Über die Einzelfallarbeit traten wir mit den Jugendämtern der Städte in Verbindung. Anfängliche Vorbehalte bezüglich Bedarf und Kosten konnten in der praktischen Kooperation rasch entkräftet werden. Allzu bedrückend waren die familiären Erlebnisse der betroffenen Kinder, als daß die Notwendigkeit konkreter Hilfestellung in Zweifel gezogen werden könnte. Zudem wurde anerkannt, daß unser Angebot die Lücke schließen kann zwischen abwartender Inaktivität und aufwendigen Maßnahmen der Hilfen zur Erziehung. Es leistet also einen Beitrag zur Ausdifferenzierung des vom Jugendamt bereitgehaltenen Interventionsinstrumentariums.

Eine neue Qualität der öffentlichen Förderung wurde erreicht, als einige Städte im mittleren und südlichen Kreisgebiet Mettmann ein Jahresbudget für das KIPKEL-Projekt bewilligten. Die größere finanzielle Planungssicherheit ermöglichte uns, eine weitere Kindertherapeutin als Mitarbeiterin zu gewinnen.

Wir verzichteten von Anfang an darauf, die gesetzlichen Krankenkassen in unsere Überlegung zur Finanzierung des Projektes einzubeziehen. Eine Pathologisie-

rung der Kinder sollte vermieden, der präventive Charakter unserer Arbeit bewahrt werden.

2 Kontaktaufnahme mit den betroffenen Familien

Unsere konzeptionellen Überlegungen waren von der Überzeugung bestimmt, daß eine niedrige Eingangsschwelle die Voraussetzung für die Akzeptanz des Präventionsangebotes durch die betroffenen Familien darstellt. Von überragender Bedeutung ist hierbei die Gestaltung der Kontaktaufnahme. Die akute Verschlechterung des psychischen Zustands eines Elternteils stellt für die ganze Familie eine Krise dar, die eine erhöhte Bereitschaft zur Annahme von Hilfsangeboten erzeugt. Wir haben daher Gespräche mit der zuständigen Sektorabteilung der Rheinischen Kliniken Langenfeld mit dem Ziel geführt, möglichst frühzeitig von der Aufnahme einer oder eines psychisch Kranken mit minderjährigen Kindern zu erfahren, um noch während der stationären Therapie unser Projekt anbieten und die Beziehungsarbeit beginnen zu können. Unser Konzept erwies sich dabei als eine sinnvolle Ergänzung des sozial-psychiatrischen Behandlungsansatzes der Klinik, bei dem der familiäre Kontext auch unter der rückfallprophylaktischen Perspektive eine große Rolle spielt. Die Klinik ermöglicht einer Kindertherapeutin des Projektes, einmal im Monat auf einer Station im Rahmen einer offenen Sprechstunde mit den in Frage kommenden Patienten und Patientinnen in Kontakt zu treten. Dieses persönliche, aber noch unverbindliche Gesprächsangebot trägt dazu bei, Schwellenängste abzubauen und garantiert die Beachtung datenschutzrechtlicher Bestimmungen.

Als weitere Zugangswege zum Projekt fungieren die sozialpsychiatrischen Dienste, die niedergelassenen Nervenärzte, die Jugendämter, die psychologischen Beratungsstellen und die Betreuungsvereine. Es haben sich auch bereits einige Familien direkt an uns gewandt, nachdem sie in Psychoseseminaren von der Existenz des Projekts erfahren hatten. In einigen Fällen erwies es sich als zweckmäßig, die Kontaktaufnahme der Familie im häuslichen Umfeld vorzunehmen. Hier fühlt sich besonders der erkrankte Elternteil sicherer, und wir erhalten einen realistischeren Eindruck von der familiären Situation.

Will man das Vertrauen der Familie, insbesondere des erkrankten Elternteils gewinnen, müssen die Ängste und Bedenken ernst genommen werden. An vorderster Stelle steht die Angst vor der Veröffentlichung der stigmatisierenden Erkrankung. Mit der Enttabuisierung drohen die Bloßstellung der familiären Defizite, die Infragestellung des Sorgerechts für die Kinder und damit der vollständige Selbstwertverlust. Hinzu kommen Befürchtungen vor einer Überforderung und einer Pathologisierung der Kinder.

Um diese Vorbehalte zu entkräften, sind wir bemüht, die auf Prävention und Hilfestellung ausgerichteten Grundlagen unserer Arbeit zu vermitteln. Wir sind nicht an Defiziten interessiert, sondern versuchen, familiäre Ressourcen zu identifizieren und zu stärken. Dies betrifft vor allem die Erziehungskompetenz der Eltern, so daß die Sorgerechtsfrage erst gar nicht thematisiert werden muß. Das Ergebnis unserer Bemühungen

soll eine Stärkung der Familienautonomie sein, gerade vor dem Hintergrund vielleicht gegenteiliger Erfahrungen mit anderen Hilfesystemen.

Bezüglich der Kinder werden wir häufig mit der Vorstellung konfrontiert, daß diese gut abgeschirmt und von den Krisen des kranken Elternteils nicht beeinträchtigt seien, was dadurch bewiesen werde, daß sie sich unauffällig entwickelten oder sogar reifer und selbständiger wirkten als ihre Altersgruppe. Es fällt nicht schwer, diese Illusion vom wohlbehüteten, ahnungslosen Kind zu widerlegen. Bei unserer Arbeit sind wir immer wieder überrascht, wie sensibel die Kinder jede kleinste Veränderung im elterlichen Verhalten registrieren, so daß sie gleichsam als Seismograf der Krankheitsentwicklung gelten können. Ihr reifes, selbständiges Erscheinungsbild ist häufig nicht Ausdruck eines unbeschwerten Kindseins, sondern einer vorzeitigen Verantwortungsübernahme im Sinne einer Parentifizierung. Alle Kinder sind also bereits belastet und profitieren von unserer Hilfeleistung, die Pathologisierung verhindert und nicht erzeugt. Wir haben die Erfahrung gemacht, daß die meisten Familien sehr rasch ihre Vorbehalte aufgeben, die Chancen des Angebots erkennen und sich zu einem stabilen Arbeitsbündnis bereit finden.

Unser auf Transparenz und Konsens ausgerichtetes Konzept läßt sich bei psychosekranken Eltern ohne Krankheitseinsicht nicht realisieren. Entstehende Loyalitätskonflikte werden von Kindern so belastend erlebt, daß die positiven Wirkungen unserer Präventionsarbeit in den Hintergrund treten. Wenn die ablehnende Haltung des erkrankten Elternteils nicht überwunden werden kann, verzichten wir auf eine Kontaktaufnahme mit dem Kind. In besonders kritischen Fällen wird eine Einbeziehung des Jugendamtes zur Klärung der Sorgerechtsfrage in Erwägung gezogen.

3 Arbeit mit den Kindern und Familien

3.1 Diagnostik

Ist der Kontrakt mit den Eltern geschlossen, kommt das Kind zunächst zur Diagnostik in die Praxis. Es muß geklärt werden, ob das bestehende Angebot für das Kind ausreicht oder ob bereits eine intensivere psychotherapeutische Arbeit erforderlich ist.

Die genannten Themen der Kinder können sehr unterschiedlich sein, z.B. die bevorstehende oder bereits erfolgte Trennung der Eltern, Probleme in der Schule, Streit mit den Geschwistern, Wunsch nach Kontakten mit Gleichaltrigen usw. Erst wenn eine Atmosphäre des Vertrauens aufgebaut ist, können Kinder auch über die Krankheit von Vater und Mutter sprechen. Häufig ist dies nur verschlüsselt oder in Fragen gebunden möglich.

3.2 Einzelbetreuung der Kinder

In der anschließenden Einzelbetreuung ist spielerisches Tun oder gestalterisches Arbeiten eine hilfreiche Möglichkeit, innere Bilder und Gefühle nach außen zu tragen, d.h. sie ohne Worte zu artikulieren. Die entstandenen Bilder und Objekte können zum Dialog zwischen Kind und Therapeuten führen. Sie haben sowohl darstellenden, entla-

stenden als auch schon heilenden Charakter. So können Kinder über Bilder der Seele ihre Ausdruckssprache finden. Sie sprechen über ihre Ängste und Sorgen um den kranken Elternteil, ihre Angst, selbst zu erkranken, ihre Hilflosigkeit, ihre Scham- und Schuldgefühle und auch über ihren Ärger und ihre Wut.

Hier wird deutlich, wie sehr die Kinder durch die Krankheit des Elternteils belastet sind. Sie fühlen sich verantwortlich, stellen eigene Wünsche zurück und übernehmen sehr häufig sie weit überfordernde Aufgaben in der Familie. Sie verweigern oft aus Scham Kontakte mit Gleichaltrigen. Sie wollen Freunde nicht mit in die belastete, häusliche Atmosphäre nehmen. Sie können Fragen der Freunde, z.B. zu auffälligen Verhaltensweisen des kranken Elternteils, nicht beantworten, weil sie selbst keine Antwort haben und selbst durch solche Verhaltensweisen verwirrt sind. Verzweifelt versuchen sie, für den kranken Elternteil zu sorgen und den gesunden, oft überforderten Elternteil zu stützen. Ein Kind sagte uns: „Ich versuche immer, die Balance in der Familie zu halten. Dabei fühle ich mich zerrissen. Ich fühle mich selbst nicht mehr.“

In den Einzelkontakten mit dem Kind, in denen es Raum für sich hat, kann es seine zum Teil verdrängten Gefühle leben und erste Lösungsschritte für sich finden. Es geht hier sehr oft um das Thema Entlastung und das Finden einer kindgemäßen Rolle in der Familie.

3.3 Familiengespräch

Vor Abschluß der Einzelbetreuung des Kindes findet ein Familiengespräch unter der Moderation des Arztes im zuständigen sozialpsychiatrischen Dienst statt. Wir laden zu diesem Gespräch die ganze Familie ein, sowohl alle Geschwister als auch den kranken Elternteil. Auch ein getrennt lebender oder geschiedener Elternteil soll möglichst anwesend sein. Die Kinder erhalten in diesem Gespräch vom Arzt Antworten auf ihre Fragen zur Entstehung und Verlauf der psychischen Erkrankung von Vater und Mutter, zu Behandlungsmöglichkeiten und zu ihren Ängsten vor einer Vererbung der Krankheit.

Beeindruckend ist immer wieder wie differenziert Kinder erste Symptome etwa einer Wiedererkrankung wahrnehmen und beschreiben. Sie nennen es „gute und schlechte Zeiten“ des kranken Elternteils.

Die Kinder werden durch das Gespräch mit dem Arzt entlastet. Sie lernen, daß sie durch ihr Verhalten die Krankheit weder bewirken noch heilen können. Das hilft ihnen, sich besser abzugrenzen und freier für ihre kindgemäße Entwicklung zu werden. Sie werden kompetenter im Umgang mit Gleichaltrigen, fühlen sich sicherer und finden unter Umständen auf Fragen nach dem auffälligen Verhalten des kranken Elternteils eine Antwort.

Im Familiengespräch geht es aber auch um Lösungen für Probleme in der Familie, wie etwa die Aufnahme des kranken Elternteils in eine Tagesstätte und Hilfen im Haushalt oder um die Unterstützung bei Schulproblemen der Kinder. Das Familiengespräch ebnet den Weg zu einer größeren Offenheit, zu gegenseitigem Verständnis und zum Abbau von Angst und Schuldgefühlen, sowohl bei den Eltern als auch bei den

Kindern. Positive Problemlösungsansätze aus der Vergangenheit und die dabei zu Tage getretenen Anteile und Stärken der einzelnen Familienmitglieder stellen sich im Gespräch heraus. Sie spielen eine wichtige Rolle für die Erarbeitung von Zukunftsperspektiven.

3.4 Benennung einer Vertrauensperson

In der letzten Phase der Betreuung benennt das Kind eine Vertrauensperson aus dem Umfeld der Familie, an die es sich in Krisensituationen wenden kann. Diese Person ist bei einem weiteren Familiengespräch dabei, in dem gemeinsam mit allen Familienmitgliedern festgelegt wird, wann und in welcher Form sie unterstützende Hilfe für die Kinder leisten kann. Viele Kinder haben sich schon vorher im Stillen eine solche Vertrauensperson gewählt, ohne sie bisher offen benannt zu haben.

In einigen Fällen ist die vom Kind bestimmte Bezugsperson über die psychische Erkrankung in der Familie noch nicht informiert, oder es bestehen Konflikte mit dem erkrankten Elternteil. Um spätere Komplikationen zu vermeiden, müssen diese Probleme rechtzeitig erkannt und in gemeinsamen Gesprächen ausgeräumt werden.

4 Die offene Sprechstunde

Nach intensiver mehrmonatiger Betreuung im Präventionsprojekt werden einige Kinder von einer raschen, vollständigen Ablösung überfordert. Zudem sind die Nachhaltigkeit der geleisteten Verarbeitungs- und Informationsprozesse sowie die Belastbarkeit der getroffenen Arrangements im Krisenfall höchst unterschiedlich.

Um einen plötzlichen Kontaktabbruch zu vermeiden und für die Kinder ein weiteres Sicherheitsnetz zu erhalten, bietet die Praxis für Kunst und Psychotherapie einmal im Monat eine offene Sprechstunde an. Die Kinder können sich dort ohne Voranmeldung einfinden und entsprechende Beratung und Hilfestellung erhalten.

Sollte die Sprechstunde regelmäßig von vielen Kindern und Jugendlichen in Anspruch genommen werden, könnten diese miteinander in Kontakt gebracht werden und die Bildung einer betreuten Selbsthilfegruppe in Erwägung gezogen werden.

5 Gruppe psychisch kranker Mütter

Wir beobachteten bei unserer Arbeit mit den betroffenen Familien, daß die Kinder nicht nur unter der psychischen Erkrankung ihrer Eltern leiden, sondern diese auch zur Durchsetzung ihrer Interessen ausnutzen. Besonders psychisch kranken Müttern fällt es schwer, ihrer Erziehungsverantwortung gerecht zu werden. Sie werden durch funktionelle Defizite, noch mehr aber durch diesbezügliche Schuldgefühle in ihrer erzieherischen Handlungsfähigkeit beeinträchtigt.

Über das Evangelische Bildungswerk Hilden boten wir an fünf Abenden eine Gruppe für die betroffenen Mütter an. Im gegenseitigen Erfahrungsaustausch über ihre

Schwierigkeiten beim Umgang mit ihren Kindern konnten die Mütter das Gefühl der Isolation überwinden, Schuld- und Schamgefühle bearbeiten und ihre Erziehungskompetenz stärken. Nach Abschluß des Seminars wurde von den meisten Teilnehmerinnen der Wunsch zum Ausdruck gebracht, die Gruppe im Selbsthilfemodus fortzusetzen.

6 Gruppe der gesunden Ehepartner

Die gesunden Ehepartner psychisch kranker Menschen sind erheblichen Belastungen ausgesetzt. Sie müssen ihren beruflichen Verpflichtungen nachkommen und gleichzeitig zusätzliche Aufgaben bei der Organisation des Haushalts und der Kindererziehung übernehmen. Viele Väter und Mütter sind dieser Verantwortung nicht gewachsen. Im Umgang mit der psychischen Erkrankung ihrer Partner/-innen reagieren sie entweder überängstlich oder verleugnend. Sie delegieren Aufgaben an ihre Kinder, womit diese überfordert sind. Nicht selten wird die Ehe in Frage gestellt.

Während die psychisch kranken Menschen meist auf therapeutische Hilfen zurückgreifen können, fehlen den gesunden Ehepartnern entsprechende Anlaufstellen. Zur Erhaltung der psychischen Stabilität und zur Stärkung der Beziehungs- und Erziehungskompetenz ist die Bildung einer Gruppe gesunder Ehepartner geplant.

7 Erfahrungen aus der Praxis: ein Fallbeispiel

In der langjährigen Arbeit als Kindertherapeutin in einer psychologischen Beratungsstelle bin ich (S. S.) immer wieder mit der besonderen Problematik der Kinder aus Familien mit einem psychisch kranken Elternteil konfrontiert worden. Ich erlebte diese Kinder im Kontakt oft auf ungewöhnliche Weise lebensstüchtig vernünftig und gleichzeitig unkindlich ernst. Sie zeigten häufig eine hohe Sensibilität und Wachheit für mich als Gesprächspartnerin. Sie waren fürsorglich, aufmerksam und doch blieb auf der Beziehungsebene eine merkwürdige mich oft irritierende Distanz. Die praktischen Erfahrungen sollen im folgenden am Beispiel der Arbeit mit Familie B. verdeutlicht werden. Zu Familie B. gehören:

- Julia, 8. Jahre, besucht die Grundschule
- Monika, 5 Jahre, geht in den Kindergarten
- Mutter, Bankkauffrau, z. Zt. Hausfrau
- Vater, Dipl.-Ing., leidet an einer Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis, war mehrere Monate in der Klinik, hat einen Betreuer. Die Eltern leben seit ca. eineinhalb Jahren getrennt, die Kinder bei der Mutter.

Zur Anmeldung kommt die Mutter in die Praxis. Ihr wurde in der psychologischen Beratungsstelle die Empfehlung gegeben, die Kinder im Projekt KIPKEL anzumelden. Frau B. macht sich insbesondere Sorgen um Julia, die sich seit der Trennung der Eltern sehr zurückgezogen hat, gegen alles mit großer Vehemenz protestiert, die Autorität der Mutter untergräbt und sich ähnlich bestimmend verhält wie der Vater. Die drei Jahre jüngere Schwester Monika leidet unter den zum Teil tätlichen Angriffen der Schwester und klammert sich an die Mutter. Beide Kinder sind aufgrund der Auseinandersetzungen zwischen den Eltern belastet. Julia hat sich oft schlichtend bemüht, die Trennung der Eltern zu verhindern.

Frau B. fühlt sich überfordert und im Umgang mit den Kindern stark verunsichert. Die Kinder lehnen den Kontakt zum Vater ab, den sie seit einem Jahr nicht mehr gesehen haben. Der Vater hat eine Besuchsregelung beim Jugendamt beantragt, er ist nicht krankheitseinsichtig und wurde in die Klinik zwangseingewiesen. Er lebt seit der Entlassung bei seinen Eltern.

Frau B. hat – nachdem sie nach der Trennung für einige Monate bei ihren Eltern lebte – eine eigene Wohnung bezogen. Engen Kontakt haben beide Kinder zu den Großeltern mütterlicherseits, die Frau B. unterstützen und beraten. Der Kontakt zu den Großeltern väterlicherseits ist seit der Trennung der Eltern abgebrochen. Die Urgroßmutter väterlicherseits, die plötzlich verstarb, ist Bindeglied zwischen den Familien gewesen.

Die Mutter wirkt im Erstkontakt belastet, unsicher. Sie möchte „eigentlich in Ruhe gelassen werden, Abstand bekommen und Zeit haben, ihr Leben mit den Kindern neu zu ordnen, wieder auf eigene Füße zu kommen.“ Dem Wunsch ihres Mannes, die Kinder zu sehen, steht sie ambivalent gegenüber.

Frau B. kann sich an vieles nicht mehr genau erinnern. Sie berichtet über das Verhalten ihres Mannes, der sie schon seit längerer Zeit ständig verfolgt und bedroht, zum Teil aggressiv versuchte, Forderungen durchzusetzen, keine Einfühlungen den Kindern gegenüber zeigte, die je nach seiner Stimmungslage mit Geschenken überhäuft oder zurückgewiesen wurden. Die Mutter kann nur wenig über die Reaktionen der Kinder berichten. Sie weiß nicht, wieviel die Kinder überhaupt „mitbekommen haben“.

Sie hofft, daß die Kinder im Gespräch mit einer außenstehenden Person sich öffnen und darüber reden, was sie bedrückt.

Zum Vater wird zu diesem Zeitpunkt noch kein Kontakt aufgenommen.

Julia demonstriert im Erstkontakt deutlich ihre Ablehnung. Der jüngeren Schwester gelingt es, bei Julia Interesse für die Praxisräume zu wecken. Bei diesem ersten gemeinsamen Kontakt wollen beide Kinder malen. Monika malt ein Fenster und ein türloses „Gebäude“, in dem Leute wohnen, aber nicht die eigene Familie. Julia malt eine weinende Prinzessin vor einem Schloß. Die Tür ist verschlossen, die Prinzessin kann sie nicht öffnen. Sie hat niemanden, der ihr hilft. Sie ist traurig und allein. Julia entscheidet sich weiterhin zu kommen, aber ohne ihre Schwester.

In dem weiteren Kontakt mit Julia spielt das Thema Prinzessin eine wichtige Rolle. Sie arbeitet über mehrere Wochen an einer Prinzessinnenskulptur, die zunächst die Schwester Monika, dann die Mutter und in der Endphase Julia selbst darstellen soll. In dieser Phase spricht Julia über ihre Familiensituation, ihre Rolle in der Familie und über das veränderte Verhalten des Vaters seit seiner Erkrankung. Er habe laufend in Mengen unnötige Sachen eingekauft, sie mit Geschenken überhäuft. Er sei dann wieder ablehnend aggressiv, unruhig, laut gewesen. Er habe sie zurückgestoßen, ihr weh getan, sei nicht auf ihre Wünsche und Gefühle eingegangen, habe oft komisch gelacht.

Julia beschreibt ihre Möglichkeit sich abzugrenzen. Sie sei „stur“ geworden, habe sich oft in ihr Zimmer zurückgezogen, sich gelangweilt, aber auch viel geweint. Sie habe so Abstand von der Familie und dem Streit bekommen, aber auch den Kontakt verloren. So sei sie dann im Umgang mit Klassenkameraden unsicher geworden, habe sich nicht wehren können und sei aufgrund ihres Verhaltens dann gehänselt worden. Der Mutter gegenüber habe sie sich auch ablehnend verhalten. Sie habe sich von der Mutter nicht geschützt gefühlt. Die Mutter habe sich mehr um die jüngere Schwester gekümmert und zugelassen, daß der Vater sie bedrängte, Zuwendung forderte. Julia kann in dieser Phase ihre Wut und ihre Verlassenheitsgefühle der Mutter gegenüber ausdrücken. Gleichzeitig wird die Beziehung zwischen Julia und Mutter schwieriger. Julia verhält sich noch aggressiver, fordernder und bestimmender. Die Mutter kann immer mehr in diesen Verhaltensweisen ihrer Tochter auch die innere Not des Kindes spüren.

Der Vater sei der Mutter gegenüber zum Teil gewalttätig gewesen, habe sie zu Dingen zwingen wollen, die die Mutter ablehnte. Julia habe immer wieder versucht, den Streit zwischen den

Eltern zu beenden. Sie habe angefangen, den Vater zu hassen, sie wolle ihn nicht mehr sehen. Zum Familiengespräch gemeinsam mit dem Facharzt wird der Vater noch nicht eingeladen. Auch hier kann Julia über ihre Angst vor dem Vater, seinen nicht einschätzbaren Reaktionen sprechen. Sie äußert ihre Haßgefühle und ihre Angst, daß die Mutter bei einem Zusammentreffen mit dem Vater die Trennung aufheben könne und zulasse, daß der Vater wieder in die Familie komme. Sie traue der Mutter nicht zu, klar Stellung zu beziehen.

So übernimmt Julia immer mehr Kontrolle und Verantwortung in der Familie. Sie will die bestehende Trennung der Eltern aufrecht erhalten und kämpft so gegen einen möglichen Kontakt zwischen den Eltern. Diese Anstrengung und innere Spannung macht sie schlaflos, zum Teil zwanghaft.

Julia arbeitet an einer zweiten Prinzessinnenskulptur, der sie aus Gips ein ritterliches, sich schützendes Gewand gibt. Sie kann in dieser Zeit ihre Position in der Klasse stabilisieren, kann Kontaktangebote der Klassenkameraden annehmen und gewinnt eine Freundin.

Nun können wir auch über den Vater sprechen. Julia hat Fragen zur Erkrankung. Sie muß aber immer wieder die Zeit und die Inhalte dieser Gespräche bestimmen und meine Zusicherung haben, daß sie zum Kontakt mit dem Vater nicht gezwungen wird. Ihre Phantasien zur Prinzessinnenrolle sind kindlich-bedürftig. Sie möchte „gesehen und beschützt“ werden und so unbeschwert wie eine Prinzessin leben. Von der Mutter wünscht sie sich Klarheit.

Diese Gespräche schaffen Vertrauen zwischen uns und ermöglichen Julia sich zu entspannen und mehr Verantwortung an die Mutter abzugeben. Obwohl Julia als auch ihre jüngere Schwester sich weiterhin weigern, den Vater zu sehen, kann Julia zulassen, daß beide Eltern zu einem weiteren gemeinsamen Gespräch mit dem Facharzt in die Praxis kommen. Sie macht dabei die Erfahrung, daß die Mutter unbeschadet und auch entspannt nach diesem Kontakt nach Hause kommt. Julia interessiert sich für die Inhalte des Gesprächs und kann auch zum ersten Mal ohne Abwehr den Wunsch des Vaters hören, sie wiederzusehen. Das Bild, was bei diesen Gesprächen entsteht, zeigt ein kleines Mädchen auf einer Blumenwiese, eine große lachende Sonne scheint. In den Beratungsgesprächen mit der Mutter gewinnt diese klarere Konturen und kann auch gegenüber den Kindern deutlicher Stellung beziehen.

Monika kann in Abwesenheit von Julia ihre Kontaktwünsche mit dem Vater verbalisieren. Sie beklagt sich über ihre Schwester, die sie bestimmen will, sie bekomme Unterstützung von der Mutter. Monikas Häuser stehen jetzt auf ihren Bildern zwischen Blumen und Bäumen. Sie möchte gern in die Schule und wie die Schwester lernen. Monika kann offen über erste Kontakte mit der Großmutter väterlicherseits sprechen, die zu Besuch komme, und es sei auch ein erster Besuch der Kinder bei den Großeltern geplant. Monika ist neugierig auf den Vater, kann darüber aber noch nicht offen reden.

Ziel der Arbeit ist es weiterhin die Kontakthanbahnung mit dem Vater, die in betreuter Form erfolgen muß. Auch sollte eine klare Besuchsregelung erzielt werden.

Insgesamt ist es bisher zu folgenden Kontakten mit den Kindern und den Eltern während der zehnmonatigen Betreuungszeit gekommen, wobei die Betreuung noch nicht abgeschlossen ist:

- einem Anmeldegespräch mit der Mutter und beiden Kindern,
- einem Kennenlernkontakt mit beiden Kindern,
- drei diagnostischen Kontakten mit Julia,
- zwei diagnostische Kontakten mit Monika,
- 14 Einzelkontakten mit Julia,
- sechs Einzelkontakten mit Monika,
- zwei Familiengespräche mit der Mutter und beiden Kindern mit dem Arzt des Sozialpsychiatrischen Dienstes bzw. dem zuständigen Sozialarbeiter des Jugendamts,
- zwei Hilfeplangespräche mit der Mutter und dem Jugendamt,

- einem Fachgespräch mit dem Arzt des Sozialpsychiatrischen Dienstes,
- sieben Beratungsgespräche mit der Mutter in der Praxis für Kunst und Psychotherapie,
- drei Beratungsgespräche mit dem Vater gemeinsam mit dem Arzt oder dem Sozialarbeiter des Jugendamts,
- begleitende Gespräche mit dem Vater im Sozialpsychiatrischen Dienst.

8 Bisherige Ergebnisse des Präventionsprojekts und Zukunftsperspektiven

Mit dem Präventionsprojekt KIPKEL ist im Kreis Mettmann ein interdisziplinäres und interinstitutionelles Kooperationsmodell entstanden, das die Chance eröffnet, die gegenseitige Abgrenzung von Erwachsenenpsychiatrie und Kinder- und Jugendhilfe zu überwinden. Dadurch wird ein ganzheitliches Verständnis der betroffenen Familie erleichtert.

Eine wichtige Voraussetzung für die praktische Umsetzung und Verankerung des Projekts im psychosozialen Versorgungssystem war die wirtschaftliche Unabhängigkeit und Zeitsouveränität der Initiatorin und des Initiators. Erst durch eine aufwendige Öffentlichkeitsarbeit konnte ein breites Problembewußtsein geschaffen, der Prozeß der Enttabuisierung des Themas weiter vorangetrieben, Spendengelder akquiriert und auch politische Entscheidungsträger interessiert werden.

Von überragender Bedeutung erwies sich eine kontinuierliche Beziehungsarbeit mit den Kooperationspartnern. Die regelmäßige Präsenz auf den Stationen der psychiatrischen Sektorklinik ermöglicht die stabile Integration im „System Krankenhaus“ und garantiert die zeitgerechte Kontaktaufnahme mit den in Frage kommenden Familien.

Die offensive Außendarstellung in Verbindung mit der Geh-Struktur des Projekts mag dazu beigetragen haben, daß die von vergleichbaren Projekten beklagten Akzeptanzprobleme durch die beteiligten Institutionen und die betroffenen Familien bisher nicht aufgetreten sind. So konnten in zwei Jahren insgesamt 75 Kinder in 41 Familien in die Präventionsarbeit aufgenommen werden. Nur zwei kontaktierte Familien lehnten die Zusammenarbeit ab, nur bei drei Kindern konnte die Arbeit nicht vereinbarungsgemäß abgeschlossen werden.

Die materiellen Grundlagen des Präventionsprojektes KIPKEL können langfristig am ehesten im Sinne einer öffentlich-privaten Mischfinanzierung gesichert werden. Zu diesem Zweck konstituierte sich der gemeinnützige Förderverein KIPKEL, der für die Akquirierung privater Spenden verantwortlich ist. Ängste von seiten der öffentlichen Leistungsträger vor einer nicht beherrschbaren Kostenlawine erscheinen verständlich, aber wenig begründet. Es ist zu erwarten, daß die bereits vorhandenen Angebote der Kinder- und Jugendhilfe entsprechend weiterentwickelt und qualifiziert werden können. In vielen Fällen bedeutet das Präventionsangebot eine kostengünstigere Alternative zu aufwendigeren Formen der Hilfen zur Erziehung. Nicht zu beziffern ist die Kostenersparnis, wenn die Entwicklung eines Kindes in ein unabhängiges selbstbestimmtes Leben mündet und nicht in die langfristige Abhängigkeit von professionellen Hilfsangeboten.

Bei der Definition der Qualitätsstandards für die Präventionsarbeit sind die Perspektiven der Kinder, der psychisch kranken Erwachsenen und der in unterschiedlichen Be-

reichen tätigen Experten gleichberechtigt zu berücksichtigen. Grundlage für eine erfolgreiche Kooperation ist die Entwicklung einer gemeinsamen Sprache, die für alle Beteiligten verständlich und aussagekräftig ist. Um die Bedürfnisnähe unseres Angebotes zu ermitteln, setzen wir bereits speziell für die Kinder und Eltern erstellte Fragebögen ein.

Die Einzelbetreuung der Kinder hat sich als vorteilhaft beim Aufbau einer Vertrauensbasis erwiesen. Im Vergleich zur Gruppensituation können die Kinder im Schutz einer Zweierbeziehung ihre Schuld- und Schamgefühle schneller überwinden und offener über die tabuisierte Erkrankung ihrer Eltern sprechen. Unsere Erfahrungen haben gezeigt, daß die Kinder am Ende des Präventionsprozesses an innerer Festigkeit und an Selbstbewußtsein gewonnen haben. Sie haben gelernt, sich auf gesunde und kompetente Art und Weise vom erkrankten Elternteil abzugrenzen. Sie können sich wieder mehr öffnen und ohne Schuldgefühle eigenen, kindgemäßen Interessen nachgehen. Durch die Familiengespräche entsteht eine angstfreie Gesprächsatmosphäre, die die gegenseitige Verständigung fördert.

Bei ihren Rückmeldungen heben die Eltern die entlastende Bedeutung der Präventionsarbeit hervor. Sie fühlen sich in ihrer Erziehungskompetenz gestärkt und erleben ihre Kinder lebendiger. Das reduziert auch ihre Schuldgefühle. Andererseits müssen die Eltern ihre Verantwortung wieder neu übernehmen und sich dabei den Fragen der Kinder, deren gestärktem Selbstbewußtsein und deren Wunsch nach Abgrenzung stellen. Das löst insbesondere bei dem erkrankten Elternteil oft auch Ängste und Unsicherheit aus. Um die Veränderung im Familiensystem zu stabilisieren und weniger bedrohlich erscheinen zu lassen, sollte daher eine begleitende Elternarbeit stattfinden. Die Krisenanfälligkeit der Vereinbarung kann durch die Benennung eines erwachsenen Ansprechpartners für das Kind verringert werden.

Die quantitative und qualitative Weiterentwicklung des KIPKEL-Projekts wird maßgeblich von der Sicherung der finanziellen Grundlage bestimmt. Noch immer ist diese abhängig von dem persönlichen Engagement aller Beteiligten. In der Zukunft muß eine Institutionalisierung des Projekts in dem Sinn angestrebt werden, daß sein Bestand zum Qualitätsmerkmal des gemeindepsychiatrischen Versorgungssystems wird. Zu diesem Zweck ist eine intensive Lobbyarbeit für die Interessen der Kinder im Bereich von Kommunalverwaltung, Politik und Sozialversicherungsträger notwendig. Eine bundesweite Vernetzung aller Anbieter entsprechender Projekte könnte ein Forum bilden, in dem Erfahrungen ausgetauscht und Strategien erfolgreicher Öffentlichkeitsarbeit entwickelt werden.

Um die zur Verfügung stehenden, knappen personellen und materiellen Ressourcen zielgerecht einsetzen zu können, müssen eine Quantifizierung und Gewichtung der zu leistenden Aufgaben vorgenommen und Kriterien für eine Indikationsstellung erarbeitet werden. Dabei darf es aber nicht zu einer Fokussierung auf bereits verhaltensauffällige Kinder und Jugendliche kommen.

Anschriften der Verfasser/-in: Susanna Staets, Zentrum für Kindertherapie, Walderstr. 5-7, 42781 Haan;

Dr. Michael Hipp, Sozialpsychiatrischer Dienst Hilden, Kirchhofstr. 33, 40721 Hilden.