

<b>Behandelte Fälle</b>	
376	399 – total
137	114 – davon noch laufend
<b>Geschlecht</b>	
144	143 – Männlich
232	256 – Weiblich
<b>Gesetzlicher Wohnsitz</b>	
198	211 – Stadt Winterthur
56	47 – Bezirk Winterthur
73	87 – Kanton Zürich
19	22 – anderer Kanton
30	32 – unbekannt
<b>Alter</b>	
84	93 – Bis 4 Jahre
93	102 – 5 bis 9 Jahre
76	72 – 10 bis 13 Jahre
91	106 – 14 bis 17 Jahre
32	26 – Älter als 18 Jahre
<b>Art der Anmeldung</b>	
durch Opfer und sein Umfeld	
21	19 – Opfer
91	84 – ihm gleichgestellte Person (Vater, Mutter, Eltern)
30	30 – ihm vertraute Person (Freundin, erweiterte Familie)
durch Fachpersonen	
48	65 – Kinderklinik
24	26 – Ärzteschaft
52	73 – Schule/Kindergarten
12	10 – Fam.-ergänzender Bereich (Krippe, Hort, Heim)
53*	43* – Soziale Institution (JS, SPD, KJPD u.a.)
31	31 – Polizei/Justiz
14	18 durch andere

2005 2006

<b>Art der Misshandlung</b>	
106	120 – körperliche Misshandlung
34	40 – Vernachlässigung
154	157 – sexuelle Ausbeutung
58	60 – psychische Misshandlung
23	18 – Drogenschädigung
1	4 – Münchhausensyndrom
<b>Von den behandelten Fällen waren</b>	
132	143 – Verdachtssituationen
98	99 – laufende (manifeste) Misshandlungen
134	147 – beendete Misshandlungen
0	4 – Straftat in Kindheit (bei Volljährigen)
12	6 – ungeklärt
<b>Allgemeine Leistungen</b>	
7	7 – Begleitung zu Polizei/Gericht/Anwalt
41	50 – Helferkonferenzen
66	62 – vorübergehende Hospitalisation
62	65 – medizinische Untersuchung
7	3 – gynäkologische Untersuchung
35	22 – kinder- und jugend-psychiatrische Abklärung

2005 2006

**Anmerkung zur Statistik**  
Die Fachstelle OKey für Opferhilfeberatung und Kinderschutz Winterthur hatte gegenüber dem Vorjahr wiederum eine Zunahme der bearbeiteten Fälle zu verzeichnen. Im Kontext der Opferhilfe werden die «Opfer» als massgebliche statistische Grösse erfasst.

Im Jahr 2006 standen insgesamt 399 Opfer (2005: 376 Opfer), oftmals mitsamt ihren Familienangehörigen und ihrem erweiterten Umfeld, im Zentrum unserer Bemühungen. Damit mussten im Berichtsjahr von der Fachstelle so viele Misshandlungssituationen beurteilt und betreut werden, wie noch nie seit der Aufnahme der Beratungstätigkeit im Jahre 1996.

\*\* neu inklusive Beiständigen und Beistände



# Kinder psychisch kranker Eltern

- 2 Vorwort
- 4 **Versuchte Tötung**  
Schlimmeres im letzten Moment  
abgewendet
- 8 **Alkoholranke Mutter**  
Nehmen Sie mir mein Kind weg?
- 14 **«Kinder psychisch kranker Eltern»**  
Eine Studie zur Situation in der  
Psychiatrieregion Winterthur
- 16 Team und Leitung
- 17 Statistik 2006



# Der tägliche Umgang mit Opfern rüttelt auf!



## Nehmen die Misshandlungen zu oder die Sensibilisierung?

Wie bereits in den vorangegangenen Berichtsjahren vermelden wir einen neuen Höchstwert an bearbeiteten Fällen: In 399 Misshandlungssituationen galt es 2006 Abklärungen vorzunehmen und Hilfe zu leisten. Das wirft auch bei uns die aktuell viel diskutierte Frage auf, ob unsere Kinder tatsächlich einem stetig zunehmenden Gewaltpotential in ihren Familien und in ihrem sozialen Umfeld ausgesetzt sind? Oder hat die allgemeine Sensibilisierung für Gewaltvorfälle derart zugenommen, dass anvertraute Kinder und Jugendliche von Angehörigen und Fachpersonen schneller einer Beratung an der Fachstelle zugeführt werden?

Die Beantwortung dieser Frage, die uns auch im Rahmen von Interviews gestellt wird, fällt schwer, weil unser eigener Blickwinkel naturgemäss ein spezieller ist. Wir kommentieren nicht aus der Position des Beobachters, der gesellschaftliche Prozesse aus intellektueller Distanz analysiert. Wir sind vielmehr mit den konkreten Auswirkungen von Gewalt tagtäglich befasst und sind in diesem Sinne gefühlsmässig mit betroffen von jenem Phänomen, das wir jährlich wiederkehrend im Jahresbericht zu deuten trachten. Für OKey ist die Parteinahme für minderjährige Opfer von Gewalt, aber auch die Sorgen und Nöte der Angehörigen dieser Opfer, zentrales Anliegen. Unser Einsatz orientiert sich nicht an den oftmals erregten Debatten in den Medien, sondern an den Menschen und deren Bedürfnissen, die uns im Rahmen unserer

Arbeit begegnen. Die öffentlichen Diskussionen lassen uns aber auch nicht gleichgültig, denn der tägliche Umgang mit Opfern rüttelt auf, macht ungeduldig und gelegentlich auch unbequem. In diesem Sinne sind unsere internen Diskussionen, ausgelöst durch einzelne Schicksale, die uns nicht loslassen, manchmal auch «politisch». Ginge es nach uns, gäbe es viel zu tun: Wie würden die Bemühungen, Gewalt präventiv zu verhindern, verstärken, etwa durch eine kohärente Familienpolitik, die auch wirtschaftlich schlecht gestellten Eltern und ihren Kindern gute Entwicklungsperspektiven ermöglicht. Oder wir würden im Bereich der Bildungspolitik die Anstrengungen verstärken, allen jungen Menschen, unabhängig von ihrem kulturellen Hintergrund, faire Chancen und Perspektiven zu bieten. Und wir würden dem im Kanton Zürich erreichten Standard bei den unterstützenden Angeboten wie Mütterberatung, Erziehungsberatung, Jugendberatung Sorge tragen und verhindern wollen, dass hier die Dienstleistungsqualität durch das Vorenthalten der erforderlichen Mittel ausgehöhlt wird. Gewalt, so unsere Überzeugung, ist ein komplexes Phänomen. Einfache und holzschnittartige Lösungen greifen oft zu kurz.

Eine Annäherung an eine Antwort auf die eingangs aufgeworfene Frage vermag der Blick auf die statistischen Daten am Schluss unseres Jahresberichts zu geben. Es fällt auf, dass alle aufgeführten qualitativen Faktoren im Verhältnis zueinander im Vergleich mit dem Vorjahr – und auch den Jahren davor – erstaunlich stabil bleiben: Die Altersgruppen bis vier, fünf bis neun und dreizehn bis siebzehn Jahre sind in einem gleich bleibenden Verteilungsmuster von 20–25% über die Jahre von Misshandlungen betroffen. Auch die Verteilung der meldenden Fachpersonen und der Art der Anmeldung durch das Opfer selbst, seiner gesetzlichen Vertretung oder einer vertrauten Person ist gegenüber den vorhergehenden Berichten praktisch gleich geblieben. Bei der Art der Misshandlung liegt die sexuelle Ausbeutung mit 39% weiterhin an der Spitze, gefolgt von der körperlichen Misshandlung (30%), der psychischen Misshandlung (15%), der Vernachlässigung (10%), der

Drogenschädigung (5%) und dem Münchhausensyndrom (1%). Diese Konstanz der Faktoren zueinander spricht unserer Ansicht nach eher gegen grössere Veränderungen «im Feld». Tatsächlich vorhandene neue Trends im Gesamtgeschehen der Misshandlungen würden sich in der Statistik deutlicher abzeichnen. Es spricht umgekehrt einiges dafür, dass die anhaltende und gleichmässige Zunahme der uns gemeldeten Fälle tatsächlich das Resultat der jahrelangen Vernetzungsarbeit besonders mit den Kindergärten, Schulen und Schulbehörden sind. Diese Bemühungen haben, zusammen mit dem öffentlich geführten Diskurs über besonders krasse Einzelfälle, zu einem Anstieg des Bewusstseins für Fragen des Kinderschutzes geführt. Viel zur guten Vernetzung von OKey mit dem regionalen Umfeld trägt zudem der Umstand bei, dass das Team von sehr erfahrenen und profilierten Personen gebildet wird, die bestens bekannt sind. Mit Ausnahme der Oberärztin für pädiatrische Gynäkologie – Sabine Heiniger ist durch Doritt Hoffmann ersetzt worden – sind alle Stellen auch im Berichtsjahr unverändert besetzt geblieben. Wir Stellenleiter wissen diese Konstanz zu schätzen und erachten es als Privileg, dass wir 2007 mit den Mitarbeitenden von OKey und den Oberärzten der Kinderklinik weiterhin auf ein überdurchschnittlich qualifiziertes Team zählen dürfen.

## Kinder mit psychisch kranken Eltern wachsen unter erschwerten Bedingungen auf

Im Gesamt der Beratungen, die wir durchführen, erhalten einzelne – ungewollt – einen besonderen Stellenwert, weil sie mehr an Energie binden als andere. Sie verlangen besondere Sorgfalt im fachlichen Umgang, führen darum zu langen Diskussionen im Fall-Intake und beanspruchen auch spezielle Aufmerksamkeit bei der persönlichen Verarbeitung. Die «besonderen Fälle», welche die «Agenda 2006» prägten, wiesen gehäuft einen Bezug zur Thematik der psychischen Erkrankung und zur Sucht auf. Damit verbunden waren unberechenbare Verläufe, zum Teil schwere Verletzungen bei den betroffenen Kindern, ungewollte Trennungen von Mutter und Kind und viel Vernetzungsarbeit mit umfangreichen Helfernetzen. Wir haben darum das Thema von Kindes-

misshandlungen, die in diesem Kontext stehen, zum Schwerpunkt unseres Jahresberichts gemacht und zwei Schicksale ausgewählt, die wir exemplarisch vorstellen möchten: Die sechsjährige Isabelle wäre um ein Haar auf brutale Weise getötet worden. Besonders schockierend macht ihre Geschichte, dass die Täterin ihre Mutter ist, die – in einer eigenen Welt lebend – glaubte, mit ihrer Tochter in den Tod gehen zu müssen. Die Mutter wird Isabelle auch bei der Aufarbeitung des erlittenen Traumas fehlen, denn noch lässt es ihre Krankheit nicht zu, dass sie begreifen kann, was sie ihrem Kind angetan hat. Inzwischen sind die körperlichen Verletzungen des Mädchens gut verheilt. Wie es jedoch mit den seelischen Wunden aussieht, wird die Zukunft weisen müssen. Auch der vierjährige Sven lebt in schwierigen Verhältnissen. Seine Mutter versucht, wie auch die Mutter von Isabelle, ihr Leben zu meistern, obwohl sie ihre psychische Erkrankung immer wieder vor grosse Probleme stellt. Erschwerend kommen hier Alkohol- und Cannabismisbrauch hinzu, welche – zumindest vorübergehend – den Verbleib von Sven bei seiner Mutter nicht mehr zulassen. Dass Isabelle und Sven keine Einzelfälle sind und von einer Vielzahl von Kindern auszugehen ist, die unter ähnlich schwierigen Bedingungen aufwachsen, belegen die Ergebnisse der Studie, welche die Hochschule für Soziale Arbeit Zürich (HSSAZ) auf Initiative der Arbeitsgruppe «Familienpsychiatrie» 2006 in der Psychiatrieregion Winterthur durchgeführt hat. Eine Zusammenfassung der Ergebnisse finden Sie auf den Seiten 14 und 15.

Damit entlassen wir Sie gerne in die Lektüre unseres Jahresberichts und bedanken uns bei allen Autorinnen und Autoren, deren Fall- und Fachbeiträge sie auf den folgenden Seiten antreffen werden.

Charles Baumann  
Urs Hunziker

# Versuchstötung

## Schlimmeres im letzten Moment abgewendet

Als die Ambulanz eintrifft, findet die Besatzung eine dramatische Situation vor. Mutter und Kind liegen blutüberströmt in der Wohnung. Es ist kein Unfall: Die Mutter hat versucht, zuerst ihr Kind zu töten und dann sich selber umzubringen. Die Verletzungen des kleinen Mädchens sind gravierend, doch die Wundversorgung gelingt und rettet ihm das Leben. Die Mutter hat leichte Verletzungen. Der herbeigerufene Notfallpsychiater veranlasst eine Überweisung in die psychiatrische Klinik. Offensichtlich hat die Mutter in einem psychotischen Schub diese furchtbare Handlung begangen.

Blenden wir zurück. Die Kindesmutter wuchs in einem intakten und behüteten Elternhaus auf. Als sie sechzehn Jahre alt war, wurden erste Auffälligkeiten sichtbar, Angstzustände und seelische Krisen häuften sich. Eine erste stationäre Behandlung wurde nötig. Mit Medikamenten gelang eine Stabilisierung, sodass es der jungen Frau möglich wurde, eine Berufslehre zu beginnen. Die Krisen kehrten jedoch in zeitlichen Abständen zurück. Es folgte bald darauf ein Bruch mit der Familie. Der Wunsch auszubrechen und selber bestimmen zu können, liess die Frau in waghalsige Situationen schlittern. Dieses ermüdende Auf und Ab fand vorerst ein Ende, als sie einem verständnisvollen und unterstützenden Partner begegnete. Isabelle wurde geboren. Die Mutter beanspruchte während dieser Zeit eine Psychotherapie und nahm regelmässig Medikamente ein gegen ihre Angstzustände. Das unverheiratete Paar sah sich aber bald mit wachsenden Schwierigkeiten konfrontiert: Es gab finanzielle Probleme, die zu Auseinandersetzungen in der Beziehung führten und schliesslich zur Trennung. Es folgten weitere seelische Einbrüche bei der jungen Mutter, bis ihr Umfeld reagierte und aus Sorge um das Wohl von Isabelle eine Beiständin ernannt wurde. Zusammen kam man zur Einsicht, dass eine schützende Mutter-Kind-Einrichtung den Rahmen für eine

positive Entwicklung bieten könnte. Der Erfolg liess nicht auf sich warten. Die Mutter stabilisierte sich zusehends und Isabelle wuchs zu einem pfiffigen Mädchen heran. Alles schien zum Besten: Die Mutter hatte eine Wohnung und Arbeit gefunden und bewältigte ihren Alltag selbstständig. Isabelle konnte in den Kindergarten eintreten.

Verschiedene Warnsignale in den letzten Wochen vor der versuchten Tötung des Kindes und dem Selbstmordversuch der Mutter wurden nicht genügend wahrgenommen. So hatte die behandelnde Psychiaterin nur sporadischen Kontakt zur Mutter und hegte den Verdacht, dass die Medikamente teilweise abgesetzt wurden. Ihre eigenen Eltern hielt die Kindesmutter mit abstrusen Begründungen auf Distanz. Die Kindergärtnerin beobachtete ein eigenartiges Verhalten der Mutter im Umgang mit ihrer Tochter. Der neue Partner war verunsichert, die Stimmungsschwankungen überforderten ihn. Das Kind hatte somatische Beschwerden, die der Kinderarzt nicht zuordnen konnte. Ein Kinderpsychiater wurde eingeschaltet. Die Mutter versuchte mittlerweile mit verschiedensten alternativen Methoden ihre psychischen Schwierigkeiten zu überwinden. Unter anderem empfahl ein Heiler die Psychopharmaka – weil schädlich – abzusetzen. Keines dieser Signale erreichte die Beiständin, die von einer geregelten Familiensituation ausging.

Nach dem Vorfall reagierte die Vormundschaftsbehörde schnell. Ein Mitarbeiter des Jugendsekretariats wurde zum Prozessbeistand ernannt. Die Fachstelle OKey übernahm, in enger Zusammenarbeit mit Isabelles Beiständin, die Koordination zwischen Kinderklinik, Amtspersonen und der Familie des Opfers. Erste therapeutische Massnahmen mussten bestimmt werden, aufwändige Gespräche mit den Angehörigen folgten. Es galt, über den ersten Schock

## Schutz, dauerhafte Bindungen und ein stabiles Umfeld sind für Isabelle essentiell...

Isabelle\* ist ein altersgemäss entwickeltes, sensibles und kreatives Mädchen, das mit aller Kraft versucht, seine grosse seelische Belastung auszuhalten. Seit Jahren wurde sie immer wieder mit sehr anspruchsvollen Situationen konfrontiert. Aus diesem Grund ist davon auszugehen, dass sie mehrfach traumatisiert wurde.

Isabelle blieb die ersten zwei Wochen nach dem Vorfall in der Kinderklinik. Sie wirkte anfangs etwas zurückhaltend. Trotzdem gelang es ihr, sich auf der Station einzuleben, was von ihr grosse Flexibilität und Anpassungsbereitschaft erforderte. Sie wurde dabei von ihrer Grossmutter zuverlässig unterstützt.

Zu Beginn des Aufenthaltes zeigte sie eine ausgeprägte posttraumatische Symptomatik. Sie war sehr bewegungsunruhig und konnte kaum länger als ein paar Minuten am gleichen Spiel verweilen. Wenn sich jemand über sie beugte, zuckte sie erschreckt zusammen. In der Einzelpsychotherapie erarbeiteten wir zunächst innere Stabilisierungshilfen (z.B. den «inneren Helfer» oder den «sicheren Ort»). Wir konnten auch schwierige Themen wie die akute Verletzungssituation oder das Verhältnis zur Mutter ansprechen. Isabelle schützte sich dabei, indem sie extrem sachlich und abgeklärt berichtete und ihre Gedanken und Fragen dazu äusserte. Es war beeindruckend, wie gut sie ihre Bedürfnisse wahrnehmen sowie klar und deutlich äussern konnte. Isabelle wollte zunächst keinerlei Kontakt zu ihrer Mutter aufnehmen. Erst mit der Zeit fühl-

\* Personenname abgeändert



te sie sich bereit dazu. Sie erlaubte, dass ihr die Briefe der Mutter vorgelesen wurden, und bastelte ein Weihnachtsgeschenk für sie.

Nach sechs Wochen konnte Isabelle in Begleitung von Beiständin und Psychologin ihre Mutter erstmals in der psychiatrischen Klinik besuchen. Isabelle war explizit einverstanden damit, hatte jedoch Bedenken, wie sie die Mutter vorfinden würde. Insgesamt verlief der Erstkontakt positiv.

Aufgrund des massiven Leidensdrucks des Mädchens empfahlen wir eine psychotherapeutische Behandlung bei einer Traumaspezialistin. Dies mit dem Ziel, ihre vorhandenen Ressourcen (beispielsweise Fantasie, Kontakt- und Nähebedürfnis) zu fördern, ihr Selbstvertrauen wieder aufzubauen, ihr seelisches Gleichgewicht zu stabilisieren und die traumatischen Erlebnisse zu bearbeiten.

Wichtigste Grundlage für die Verarbeitung der Traumatisierungen ist das Herstellen von realer Sicherheit und Schutz sowie von Stabilität im äusseren Umfeld. Das befähigt Isabelle, sich an einem neuen Ort und in einem neuen sozialen Umfeld zu integrieren. Es würde ihr helfen, wenn sie dort längere, feste Beziehungen zu Bezugspersonen und Alterskameraden aufbauen könnte.

Brigitte Lunardi

Brigitte Lunardi ist Fachpsychologin für Psychotherapie FSP am Sozialpädiatrischen Zentrum, Kinderklinik, Kantonsspital Winterthur

# Versuchte Tötung

hinwegzuhelfen und das Wohl Isabelles konsequent ins Zentrum zu rücken. Wer sollte Kontakt mit dem Kind haben? Sollte die Mutter, obwohl sie keine Einsicht in die Schädlichkeit ihres Handelns zeigen konnte, mit Isabelle reden dürfen? Wie sollten unvermittelte und unbegleitete Besuche vermieden werden? Wo sollte Isabelle nach der Entlassung aus dem Spital leben? Dank der Unterstützung und der bereitwilligen Hilfe der Grosseltern konnte das Kind nach zwei Wochen vorsichtig und in Etappen tageweise in deren Alltag integriert werden. Die Umstände der Tat und die Prognose des abklärenden Erwachsenenpsychiaters ergaben den Ausschlag für die definitive Platzierung von Isabelle in einem Kinderheim. Die Mutter hat ein begleitetes Besuchsrecht erhalten. Wie sich die Bindung und Beziehung zwischen Mutter und Kind weiter gestaltet, wird die Zeit zeigen. Für die Helfenden und die Betroffenen war die Zeitspanne bis zur Platzierung Isabelles im Kinderheim teilweise sehr fordernd. Es zeigte sich eindrücklich, wie wichtig und notwendig eine professionelle Zusammenarbeit der verschiedenen Institutionen und Fachdisziplinen in solchen Situationen ist.

Franz Holderegger  
OKey-Team

## Bei Eltern mit einer psychischen Erkrankung kommt es insgesamt sehr selten zum erweiterten Suizid.

Eine meiner Patientinnen, Frau A., hat ständig das Gefühl, in ihrer Wohnung sei eingebrochen worden. Sie hört einen Chor von «Stimmen», die ihr dies bestätigen. Während sie etwa die Teller spült, hört sie Sätze wie «Die waren wieder hier!» oder «Jetzt nimm dich in Acht». Frau A. leidet an einer Krankheit, die ich Schizophrenie nenne, sie selber hat kein Wort dafür und spricht auch nicht von «Stimmen» – für sie sind sie Realität. Frau A. ist durch ihre Krankheit vereinsamt, bezieht eine IV-Rente und ist längerfristig auf Medikamente angewiesen.

Frau A. berichtet mir in unseren Sitzungen ungern über ihre Probleme, am liebsten spricht sie über ihren 11-jährigen Sohn Alex. Er ist das Wichtigste in ihrem Leben, ihre Augen glänzen und sie strahlt, wenn sie von ihm erzählt. Alex ist ein aufgeweckter Junge, der seine Mutter manchmal zu den Terminen bei mir begleitet. Er liest gerne Comics, spielt in einem Fussballteam, von Mädchen hält er nichts – ein normaler 11-Jähriger.

Schizophrenie kommt relativ häufig vor, sie betrifft eine von hundert Personen. Die Erkrankung begleitet die Betroffenen oft über mehrere Jahrzehnte. Da die Krankheit meist relativ früh im Leben beginnt und vielfach mit sozialem Rückzug einhergeht, haben nur relativ wenige selbst Kinder. Den Betroffenen sind ihre Kinder in der Regel sehr wichtig. Damit sie

diese aufziehen und betreuen können, ist aber ein breites Hilffsystem nötig, das in Krisenzeiten übernehmen kann. Wie kann es nun dazu kommen, dass eine schizophrene Mutter ihr Kind zu töten versucht? Ohne Behandlung können Wahnvorstellungen und Stimmen völlig überhandnehmen, man fühlt sich dem vermeintlichen Feind ausgeliefert, lebt in ständiger Angst, ist nervlich am Ende, kann kaum noch schlafen. Der Tod scheint besser als das Leben in ständiger Angst. Es kommt zu erweiterten Suizidfantasien, aus Angst, das Kind würde dann zum Opfer des vermeintlichen Feindes. Gerade weil sie ihre Kinder lieben, sind diese meist in den erweiterten Suizidplan einbezogen. In diesem Moment sind die Betroffenen völlig in ihrem Denksystem gefangen und nicht mehr zurechnungsfähig.

Neben der Schizophrenie kann auch eine Mutterschaftsdepression oder eine manisch-depressive Erkrankung zu solchen Zuständen führen, vor allem wenn diese unbehandelt sind. Bei Eltern mit einer psychischen Erkrankung kommt es insgesamt sehr selten zum erweiterten Suizid. Die häufigste Ursache dafür ist vielmehr eine Kränkung oder Enttäuschung der Eltern. Der Täter ist in diesen Fällen meistens der Vater.

Dr. med. Thomas Ihde-Scholl

Thomas Ihde-Scholl ist Leiter des Bereichs Erwachsenenpsychiatrie und Geschäftsleitungsmitglied der Integrierten Psychiatrie Winterthur IPW



# Alkoholkranker Mutter

## Nehmen Sie mir mein Kind weg?

Ostersamstag, 22 Uhr: Die Stadtpolizei informiert mich per Pikett-Natel, dass Frau Weber\* auf der Strasse aufgegriffen worden ist, zusammen mit ihrem vierjährigen Sohn Sven. Die Frau wirkt verwirrt, sei stark alkoholisiert, habe zudem Haschisch konsumiert. Einsicht in ihren Zustand habe sie nicht, sie sei wütend und wolle nach Hause gehen. Ich erfahre, dass Frau Weber der Polizei bereits bekannt ist und zum zweiten Mal in besorgniserregendem Zustand zusammen mit ihrem Kind angetroffen worden ist. Die Polizei weiss, dass Frau Weber an einer psychischen Erkrankung leidet und regelmässig Medikamente einnehmen muss.

Der anrufende Stadtpolizist und ich sind uns in unserer Sorge um Sven einig: Frau Weber ist in ihrem Zustand unmöglich in der Lage, mit Sven alleine nach Hause zu gehen. Sven ist akut gefährdet. Wir besprechen darum die erforderlichen Massnahmen, die wir umgehend in die Wege leiten. Der kleine Junge soll für einige Tage in der Kinderklinik notplatziert werden. Frau Weber wird vom Notfallpsychiater untersucht und in der Folge in eine psychiatrische Klinik eingewiesen, wo ich sie bereits am nächsten Nachmittag besuche.

Svens Mutter ist sehr erschöpft, aber bereit zu einem ersten Gespräch. Sie beteuert wiederholt, sie bereue ihren «Absturz» zutiefst. Am meisten zu schaffen macht ihr die Angst, als schlechte Mutter zu gelten und womöglich ihren Sohn zu verlieren. Sie befürchtet, die Vormundschaftsbehörde werde eine Fremdplatzierung verfügen. Diese Ängste werden Frau Weber in den folgenden Tagen am meisten belasten, sind aber auch der Grund, warum sie sich schliesslich im Verlauf unserer Unterredung zu einer Beratung bei der Alkoholfachstelle bereit erklärt. Bis anhin ist sie der Meinung gewesen, ihren gelegentlichen Konsum «im Griff» zu haben; sie hat nie mit jemandem über ihr Trinken gesprochen. Sie wolle sich halt auch einmal amüsieren, meint sie halb erklärend und halb entschuldigend. Dass dies ihren Sohn gefährden könnte, sieht sie schliesslich ein. Genauer hinzuschauen und vorhandene Probleme anzugehen, ist eine Bedingung für die gemeinsame Entlassung von Mutter und Sohn nach vier Tagen. Die Ärzte in der Klinik sind froh, dass keine akute Psychose diagnostiziert werden musste.

Frau Weber lebt alleine mit Sven in einer kleinen Wohnung. Svens Vater hatte die Beziehung zu ihr abgebrochen, als er von der Schwangerschaft erfuhr. Freunde hat Svens Mutter nicht; auch zu ihrer Herkunftsfamilie pflegt sie kaum Kontakt. Sven ist ihr «Ein und Alles». Ihn – auf Anraten und Vermittlung der Jugend- und Familienberatung – für eineinhalb Tage in eine Krippe zu geben, kostet sie deshalb viel Überwindung. Wohl sieht sie ein, dass Sven den Kontakt zu anderen Kindern braucht; trotzdem sagt sie, dass sie sich ohne ihn alleine und «leer» fühle.

Sven ist ein hübscher, lebhafter Junge, welcher allerdings Mühe hat, sich in eine Kindergruppe einzufügen. Auf andere Erwachsene reagiert er distanzlos oder auffallend abweisend. Seine Frustrationstoleranz ist sehr gering; beim kleinsten Anlass schlägt er seine Mutter oder auch Personen, mit welchen diese im Gespräch ist.

Mitte Juni wird für den Jungen auf Antrag der Jugend- und Familienberatung und mit Einverständnis von Frau Weber eine Beistandschaft errichtet. Frau Weber geht regelmässig zur Therapie. Sie hatte selber den Wunsch geäussert, «total» auf Alkohol und Cannabis zu verzichten und darin unterstützt zu werden. Sie möchte es als Mutter unbedingt «gut machen», allen beweisen, dass sie Sven das ideale Umfeld bieten kann. Die Beiständin kann sie nach einiger Zeit davon überzeugen, Sven für zwei Tage die Woche mit Übernachtung in einer Pflegefamilie betreuen zu lassen. Die Mutter muss lernen, ihren Sohn frei zu geben für Beziehungen zu anderen Erwachsenen und zu Kindern. Es fällt ihr sehr schwer, selber neue Beziehungen zu knüpfen. Sich eine Arbeitsstelle zu suchen, traut sie sich vorläufig nicht zu.

An Ostern in der Klinik hatte mir Frau Weber von ihren traumatischen Kindheitserfahrungen erzählt und gemeint, diese seien auch der Ursprung ihrer psychiatrischen Erkrankung. Sven gebe ihr einerseits die Gewissheit, gebraucht zu werden und nicht alleine zu sein, andererseits habe sie manchmal schreckliche Ängste, ihm könnte Ähnliches widerfahren wie ihr selber als Kind oder sie könnte ihn verlieren. Diese Ängste machen es ihr offensichtlich auch schwer, Sven notwendige Grenzen zu setzen.

Ich als Beraterin musste im Umgang mit der Mutter aushalten, dass durch die – aus der Sicht von Frau Weber zwar nachvollziehbare, aber doch gewaltsame – vorübergehende Kindeswegnahme genau diese Ängste berührt und verstärkt wurden. Zeitweise befürchtete ich, diese Belastung könnte einen neuen psychotischen Schub auslösen. Ich musste die Mutter immer wieder beruhigen, ihr gut zureden, ihr versichern, dass wir sie in ihrer Mutterrolle stärken möchten. Genauso musste ich Frau Weber klarmachen, dass das Kindeswohl, die Sicherheit und der Schutz von Sven an erster Stelle stehen.

Wir können Frau Weber ihre Angst vor einer Fremdplatzierung nicht wegnehmen. Ihr Helfernetz kann sie aber immer wieder darin bestärken, offen zu sein in Bezug auf ihre psychische Verfassung und ihr Suchtverhalten. So besteht die Chance, eine Wiederholung von dramatischen, ungeplanten Trennungen von Mutter und Kind zu vermeiden.

Gabriela Kaiser  
OKey Team



\* alle Personennamen sind abgeändert

# Alkoholkrankheiten

## Zur Kindesgefährdung durch Alkoholismus

### Im Bereich der Frühintervention braucht es weit mehr Anstrengungen als bisher!

**Rut Brunner, Fachpsychologin für Psychotherapie FSP, ist Mitarbeiterin der Winterthurer Fachstelle für Alkoholprobleme (WFA). Im Zentrum ihrer therapeutischen Arbeit stehen Kinder aus Familien mit Alkoholproblemen. Charles Baumann wollte von ihr mehr erfahren darüber, was Kinder wie Sven erleben und was sie an Unterstützung benötigen.**

**Charles Baumann: Man spricht häufig im Zusammenhang mit Kindern, deren Eltern ein Suchtproblem haben, von «vergessenen Kindern». Wie kommt man zu diesem Begriff?**

**Rut Brunner:** Der Begriff wurde von Frau Cork 1969 geprägt, in Ihrer Schrift «the forgotten children», in der sie auf die Not der betroffenen Kinder in Alkoholikerfamilien aufmerksam machte. Seither sind verschiedene Anstrengungen unternommen worden, etwas für die Kinder von suchtkranken Menschen zu tun. Und doch geraten diese Kinder immer wieder in Vergessenheit. Dies in doppelter Hinsicht: Einerseits gelingt es suchtkranken Eltern nur schwer oder nur zeitweise auf die Bedürfnisse und Entwicklungsanforderungen der Kinder einzugehen – ihnen eine ihrem Alter adäquate Aufmerksamkeit und Unterstützung zu geben –, andererseits werden diese Kinder auch von den Fachleuten im Sozial- und Suchtbereich oft übersehen, ihre Not – wie das Alkoholproblem – tabuisiert, bagatellisiert und vergessen.

**Charles Baumann: Und was erleben diese «vergessenen» Kinder? Oder wieso ist es wichtig, dass man sie eben nicht vergisst?**

**Rut Brunner:** Durch Studien und Untersuchungen wissen wir, dass Kinder, die in suchtkrank belasteten Familien aufwachsen, ein vielfach erhöhtes Risiko haben, später im Jugend- oder Erwachsenenalter selber suchtkrank zu werden oder andere psychische Störungen zu entwickeln. Die Kinder gehören also einer Risikogruppe an, die es verdient, dass wir uns um sie bemühen. Dass es so lange gedauert hat, bis nun die nötigen Anstrengungen erfolgen, hat teilweise mit der Schwierigkeit zu tun, diese Kinder überhaupt zu erreichen. Als ich angefangen habe, mich für dieses Thema zu interessieren, musste ich feststellen, dass schweizweit viele gute Ansätze wieder versandet sind. Wieso? Nebst der schwierigen Erreichbarkeit erscheint mir die oft anzutreffende Ohnmacht bei den Helfenden im Umgang mit Suchtfamilien ein weiterer Faktor zu sein, welcher die Hilfestellungen erschwert.

**Charles Baumann: Sind denn die betroffenen Kinder für ihre Umgebung, etwa Kindergarten oder Schule, auffällig?**

**Rut Brunner:** Das ist bei Mädchen und Knaben oft etwas verschieden. Die Mädchen zeichnen sich häufiger durch Überanpassung aus, sind also gerade das Gegenteil von dem, was herkömmlich unter «auffällig» verstanden wird. Sie verhalten sich eher wie das Idealbild einer Musterschülerin, wirken vernünftig und erwachsen. Bei Knaben ist es etwas anders. Bei ihnen sieht man eher eine gewisse soziale Auffälligkeit oder aggressives Verhalten. Aber das sind Stereotypen, die man nicht überbewerten darf. Im Einzelfall können auch die betroffenen Knaben überangepasst sein und durch dieses Verhalten mithelfen, dass sie trotz bestehender Not «vergessen» gehen.

**Charles Baumann: Gibt es noch andere geschlechtsrelevante Aspekte im Zusammenhang mit Suchterkrankungen?**

**Rut Brunner:** Ja. Nebst den beschriebenen Unterschieden bezüglich Externalisieren oder Internalisieren von Störungen

bei Knaben oder Mädchen macht es auch einen Unterschied, ob der Vater oder die Mutter das Alkoholproblem haben. In letzterem Fall hat es schwerwiegendere Auswirkungen auf die Kinder, weil die emotionale Regulierung des «Systems Familie» in besonderem Masse störungsanfällig und belastet ist. Die gesamte Beziehungsgestaltung leidet unter der Suchtkrankheit, weil nach wie vor zumeist die Mutter in unserer Gesellschaft die Hauptbezugsperson in der Familie ist. Ich sehe hier, je länger ich in dieser Arbeit tätig bin, einen ganz zentralen Aspekt: Die Kinder sind in ihrer eigenen Fähigkeit, Beziehungen einzugehen und zu gestalten, verunsichert und geprägt, weil sie im Umgang mit der Mutter eine Beziehung erleben, die über weite Strecken gar keine solche sein kann, sondern eher als «Nichtbeziehung» bezeichnet werden müsste.

**Charles Baumann: Das ist kompliziert.**

**Rut Brunner:** Ja, und es ist oft schwierig den Eltern zu erklären, dass es einen grossen Unterschied ausmacht, ob sie im alkoholisierten Zustand mit ihrem Kind spielen oder im nüchternen. Die Eltern haben das Gefühl, dass es vor allem wichtig ist, dass sie spielen, dass sie sich die Zeit nehmen... Dass sich im alkoholisierten Zustand die ganze Beziehung verändert, nicht mehr kongruent ist, das müssen sie erst verstehen lernen. Der Alkohol schiebt sich wie eine Trennwand auf eine für das Kind schwer fassbare Art auf der Beziehungsebene zwischen es und den betroffenen Elternteil.

**Charles Baumann: Wird über diesen Vorgang in der Arbeit mit Kindern gesprochen? Was sagt man zu einem Kind, wenn es beschreibt, wie es ist, mit der Mutter zu spielen, wenn sie betrunken ist?**

**Rut Brunner:** Mir hilft die Sicht des Alkoholismus als Krankheit. Ich glaube, dies ist auch für Kinder gut verständlich, denn sie kennen den Begriff des Krankseins. Ich kann sagen, dein Mami oder dein Papi ist alkoholkrank und zu dieser Krankheit gehören verschiedene Sachen. Das eine ist eben die Sprache. Die Mutter spricht dann mit dir komisch. Vielleicht spielt sie mit dir «Eile mit Weile», aber sie spricht irgendwie komisch – sie ver-

hält sich anders. Dies schauen wir dann alles etwas genauer an: Wie denn anders? Wie reagiert die Mutter im Unterschied dazu, wenn sie nicht getrunken hat? Das Kind lernt so Nüchternheit und Trunkenheit auseinanderzuhalten. Es kann unterscheiden zwischen der kranken Mutter und der gesunden Mutter – oder dem kranken Vater und dem gesunden Vater.

**Charles Baumann: Das tönt beinahe so, als wenn diese Kinder kleine Fachleute werden?**

**Rut Brunner:** Ja. Das sind die meisten ja schon, wenn sie zu uns kommen. Sie haben oft schon vieles erkannt. Nur werden sie nicht bestätigt in dem, was sie erkennen. Ich staune immer wieder, was die Kinder mit ihrer kindlichen Wahrnehmung zu leisten imstande sind. Wie feinfühlig und genau sie Sachen wahrnehmen und merken, wenn etwas komisch oder befremdend ist. Doch sie brauchen Erwachsene, die ihnen diese Wahrnehmungen bestätigen und die Verknüpfungen zur Sucht herstellen helfen.

**Charles Baumann: Sie müssen lernen, ihren eigenen Wahrnehmungen zu trauen, um so eine Grundsicherheit oder Selbstsicherheit entwickeln zu können?**

**Rut Brunner:** Genau! Dann können sie diese Erfahrungen auch einordnen.

**Charles Baumann: Der vierjährige Sven wird zum Teil als distanzlos und aggressiv beschrieben, aber auch sehr auf die Mutter bezogen – und sie auf ihn. Was ist von einer solchen Beschreibung zu halten?**

**Rut Brunner:** Sie erstaunt mich nicht. Was mich an Svens Geschichte freut, ist der Umstand, dass hier relativ früh etwas getan wird, um Veränderungen herbeizuführen. Ich erachte das als ganz wichtig! Im Bereich der Frühintervention braucht es weit mehr Anstrengungen als bisher. Betroffene Kinder brauchen möglichst früh Unterstützung. Ich stelle immer wieder fest, dass es zu lange dauert, bis dies geschieht. Insbesondere wenn eine Beziehung zwischen Mutter und Kind viele symbiotische

Fortsetzung nächste Seite



# Alkoholkrankmütter

## Zur Problematik der Kindeswegnahme

Züge aufweist, ist es natürlich besonders schwierig, auch nur für eine kurze Zeit trennend einzugreifen. Doch gerade diese ausgeprägten symbiotischen Zeichen kommen in Suchtfamilien häufig vor. Die Kinder haben sehr schnell gelernt, dass sie gebraucht werden für die Stabilisierung des kranken Elternteils. Eine Mutter, deren Kind bei mir in Therapie war, hat mir voller Stolz erklärt, dass ihr Kind praktisch nie weine. Es habe schon früh immer nur gelacht und gestrahlt. Für mich ist das eher ein Alarmzeichen. Kinder haben ein ausgeprägtes Sensorium dafür, was für einen suchtkranken Elternteil zumutbar ist. Sie sind daran interessiert oder darum bemüht, ein Familiensystem zu stabilisieren. Darum beobachten wir eigentlich häufig ganz enge, symbiotisch wirkende Eltern-Kind-Beziehungen, in denen sich die Kinder schon früh ganz fest an die kranke Mutter oder an den kranken Elternteil binden, in der Hoffnung, dies könnte sie oder ihn stärken und glücklich machen oder irgendwie retten.

### **Charles Baumann: Und bei Svens Mutter?**

**Rut Brunner:** Da sind sicher Schuldgefühle mit im Spiel. Diese führen zu den überschwänglichen Momenten, in denen suchtkranke Eltern versuchen, alles und das Beste zu machen für ihre Kinder, wenn sie es irgendwie können. Sie sind bemüht gute Eltern zu sein, nur reisst die Sucht so viele Löcher ins Beziehungsnetz, dass es einfach oft für die Kinder nicht tragfähig genug ist. Dort sollte unsere Unterstützung ansetzen, so früh als möglich und so vernetzt als möglich.

## Im Jahr 2006 musste die Vormundschaftsbehörde der Stadt Winterthur bei insgesamt zwölf Kindern und Jugendlichen die elterliche Obhut aufheben...

**Auch Monica Meyer nahm die Geschichte von Sven und seiner Mutter zum Anlass, um an kompetenter Stelle nachzufragen. Ihre Gesprächspartnerin ist Petra Furrer, Sekretäradjunktin beim Vormundschaftsamt Winterthur. Von ihr will die Mitarbeiterin von OKey wissen, was in Fällen, bei denen der Kinderschutz nicht mehr gewährleistet ist, passiert. Welche Aufgaben hat die Vormundschaftsbehörde, wie geht sie vor?**

**Monica Meyer: Wie erfährt das Vormundschaftsamt von einer Situation, bei der das Kind gefährdet ist? Wer kann eine Meldung machen?**

**Petra Furrer:** Eine solche Gefährdungsmeldung können z.B. die Polizei, Angehörige, die Schulpflege, ein Sozialdienst, die Kinderklinik oder andere Fachstellen und Privatpersonen machen. Jede Person, die sich um das Wohl eines Kindes Sorgen macht, kann sich also an das Vormundschaftsamt wenden. Dies geschieht am besten in schriftlicher Form, da dies verbindlicher ist. Fühlt sich jemand nicht in der Lage, seine Befürchtungen schriftlich zu formulieren, ist auch eine telefonische Meldung möglich. Das Vormundschaftsamt wird die Person jedoch in jedem Fall zu einem Gespräch einladen und die Meldung schriftlich zu Protokoll nehmen.

**Monica Meyer: Wie geht das Vormundschaftsamt vor, wenn es eine Meldung erhält?**

**Petra Furrer:** Das Vormundschaftsamt ist verpflichtet, jeder Meldung nachzugehen und den Sachverhalt abzuklären. Es wird die Eltern und je nach Alter auch das Kind zu einer Besprechung einladen. Allenfalls erteilt es einer Fachstelle, in Winterthur in der Regel dem Jugendsekretariat, einen Abklärungsauftrag. Falls vorhanden, fordert es auch Berichte von andern Fachstellen ein wie z.B. dem Schulpsychologischen Dienst oder dem Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst. Anhand des Abklärungsberichtes wird vorgeschlagen, welche Massnahmen geeignet und nötig sind. Den Eltern und evtl. auch dem Kind wird rechtliches Gehör gewährt, d.h., sie werden nochmals auf das Vormundschaftsamt eingeladen zu einer weiteren Besprechung. Die Eltern haben das Recht, auch mit einem Mitglied der Vormundschaftsbehörde zu sprechen. Das Vormundschaftsamt macht danach einen schriftlichen Antrag für die Massnahme an die Vormundschaftsbehörde. Diese muss schliesslich über die Massnahme befinden. Das können zum Beispiel eine Erziehungsaufsicht, eine Beistandschaft oder sogar die Aufhebung der elterlichen Obhut und die Fremdplatzierung des Kindes in

einer Pflegefamilie oder in einem geeigneten Heim sein. Den Eltern wird der Beschluss schriftlich mitgeteilt. Sie haben die Möglichkeit, dagegen innerhalb von zehn Tagen Beschwerde beim Bezirksrat einzureichen.

**Monica Meyer: Wie häufig kommt es vor, dass einer Mutter oder den Eltern ihr Kind weggenommen wird?**

**Petra Furrer:** Im Jahr 2006 musste die Vormundschaftsbehörde bei insgesamt zwölf Kindern/Jugendlichen die elterliche Obhut aufheben. Davon waren sieben Kinder betroffen, deren Eltern an einem Alkoholproblem oder einer psychischen Erkrankung litten.

**Monica Meyer: Welches sind die Voraussetzungen für einen superprovisorischen Obhutsentzug, also für ein sofortiges Eingreifen der Behörde?**

**Petra Furrer:** Es muss eine besondere Dringlichkeit vorliegen, damit vom oben beschriebenen Standardverfahren abgewichen wird. Diese gründet in einer erheblichen Gefährdung des Kindeswohls. Dem Kind müssten nicht wiedergutzumachende Nachteile erwachsen, wenn nicht umgehend gehandelt würde. Diese besondere Gefährdung muss aber glaubhaft gemacht werden. Wegen der zeitlichen Dringlichkeit kann den Eltern das rechtliche Gehör vorerst nicht gewährt werden. Dies ist jedoch umgehend nachzuholen.



# «Kinder psychisch kranker Eltern»



**Wenn Eltern psychisch krank sind, wird häufig vergessen, dass unter der Erkrankung der Eltern auch ihre Kinder leiden. Eine aktuelle Studie aus der Region Winterthur zeigt Versorgungslücken auf und weist Wege, die bestehenden Hilfsangebote besser zu vernetzen.**

Eine junge Frau ist depressiv, doch ist sie auf dem Weg der Besserung. Sie muss nicht mehr stationär behandelt werden. Zu Hause hat sie zwei kleine Kinder zu betreuen – das Risiko der Überforderung ist gross. Die Wahrscheinlichkeit, dass die Kinder dabei zu kurz kommen oder sogar Schaden nehmen, ebenfalls. Weshalb haben die behandelnden Fachpersonen in Klinik und Praxis keine professionelle Familienbegleitung angeboten und für die Zeit nach dem Spital die Versorgung der Kinder sichergestellt? Hier zeigt die Studie unter anderem, dass Fachpersonen häufig auf die Krankheit der Erwachsenen fokussieren und dabei die Not und die Bedürfnisse der Kinder übersehen.

## **Im Raum Winterthur leben 700 Kinder mit psychisch kranken Eltern**

In der Schweiz leben ca. 3% der erwachsenen Bevölkerung mit einer psychischen Erkrankung, die Tendenz ist zunehmend. Die WHO prognostiziert für 2020, dass Depressionen nach den Herz-Kreislauf-Erkrankungen zur zweithäufigsten Krankheitsursache werden. Ein beunruhigendes Phänomen, nicht zuletzt auch wegen der wachsenden Kosten, die daraus entstehen. In der Schweiz wurden bisher keine Zahlen erhoben, die fundierte Angaben über die Anzahl betroffener Kinder geben. Daher hat 2006 die Hochschule für Soziale Arbeit Zürich (HSSAZ) in Zusammenarbeit mit dem Sozialpädiatrischen Zentrum (SPZ) der Kinderklinik des Kantonsospitals Winterthur und der Arbeitsgruppe für Familienpsychiatrie der Integrierten Psychiatrie Winterthur (ipw) eine Studie durchgeführt, um für die Region Winterthur repräsentative Zahlen zu liefern.

Das Ergebnis: Im Raum Winterthur haben mindestens 700 Kinder psychisch kranke Eltern. Auf den Kanton Zürich hochgerechnet handelt es sich um ca. viertausend betroffene minderjährige Kinder und Jugendliche. Diese Kinder sind vielfältigen Belastungen und Überforderungen ausgesetzt, was sich auch auf ihre eigene Entwicklung krankmachend auswirken kann. Ihr Risiko, später selbst psychisch zu erkranken, ist fast sechsmal höher als bei Kindern unbelasteter Familien. Etwa 30% der Kinder, deren Eltern

psychisch erkrankt sind, entwickeln dauerhafte Störungen im emotionalen Bereich oder in ihrem Verhalten.

Die Befragung zeigte auch, dass bei der Behandlung von psychisch kranken Patientinnen zwar erhoben wird, ob Kinder vorhanden sind, aber nur bei 43% wird nach allfälligen psychosozialen Belastungen der Kinder gefragt. Untersucht wurden ausserdem die Häufigkeit psychischer Erkrankungen von Eltern, die Zusammensetzung der Familien, die Betreuungsform der Kinder sowie die Unterschiede zwischen Betroffenen und nicht Betroffenen im Einzugsgebiet der Psychiatrieregion Winterthur. Befragt wurden alle in Frage kommenden Leistungserbringer für Erwachsene sowie für Kinder und Jugendliche: Psychiatrische Kliniken und Ambulatorien, Psychiaterinnen, Psychotherapeutinnen, Hausärzte und Gynäkologen, Kinderärzte, Kinderpsychiater, Jugendberatungsstellen, Kinderhorte, Jugendanwaltschaft, Kinder- und Jugendheime usw. Dabei zeigte sich, dass ca. 8% der Kinder einen psychisch kranken Elternteil hatten.

Umgekehrt hatten etwa ein Drittel der Patientinnen und ein Sechstel der Patienten minderjährige Kinder. Bei vielen dieser psychisch erkrankten Eltern kumulieren sich Belastungen unterschiedlichster Art wie Arbeitslosigkeit, niedriger Bildungsstand, Alleinerziehung, Migration. Bei der Art der psychischen Erkrankungen zeigen sich die bekannten geschlechtsspezifischen Unterschiede: Frauen leiden weit häufiger an Depressionen als Männer. Männer hingegen sind doppelt so oft suchtkrank wie Frauen.

## **Kinder fühlen sich überfordert und oft mitschuldig**

Wie aus anderen Studien bekannt ist, können die betroffenen Kinder vielfältigen emotionalen und sozialen Belastungen ausgesetzt sein, die negative Auswirkungen für ihre seelische und soziale Entwicklung haben. Sie leiden, weil der erkrankte Elternteil emotional erstarrt, stehen Ängste aus, der Elternteil könnte sich das Leben nehmen oder für immer krank bleiben. Klinikaufenthalte können schmerzliche Verlust Erfahrungen auslösen, die Zwangseinweisung

eines Elternteils kann eine traumatisierende Wirkung haben. Die Kinder leiden, weil niemand ihre Fragen beantwortet. Oft fühlen sie sich an der Erkrankung schuldig und bleiben mit ihren Gedanken, Gefühlen und Selbstvorwürfen allein.

Die Winterthurer Studie dient der Praxis als Grundlage für die Optimierung der bestehenden Angebote in der Erwachsenen-, Kinder- und Jugendlichen-Versorgung. Gleichzeitig verdeutlicht sie den Handlungsbedarf in Bezug auf präventive Massnahmen, eine bessere Koordination der Angebote und eine Intensivierung der Zusammenarbeit zwischen Facheinrichtungen bzw. Leistungserbringern für Erwachsene und solcher für Kinder. Präventive Massnahmen sollen verhindern, dass sich erlebtes Leid in den Lebensläufen der betroffenen Kinder fortsetzt und sich die Kosten im Gesundheits- und Sozialwesen weiter verschärfen.

Kurt Albermann  
Christine Gäumann

**Christine Gäumann** ist Co-Leiterin des Bereichs Adoleszenz und Sucht bei der Integrierten Psychiatrie Winterthur IPW

Eine Kurzfassung der Studie sowie den wissenschaftlichen Bericht erhalten Sie über folgende Internetadressen:  
[www.hssaz.ch/Forschung und Entwicklung/Abgeschlossene Projekte](http://www.hssaz.ch/Forschung%20und%20Entwicklung/Abgeschlossene%20Projekte)  
[www.ksw.ch/kinderklinik](http://www.ksw.ch/kinderklinik)  
[www.ipwin.ch](http://www.ipwin.ch)

## Team und Leitung



### Leitung

**Dr. med. Urs Hunziker** Chefarzt der Kinderklinik,  
Kantonsspital Winterthur

**Charles Baumann** Psychologe FSP, Fachbereichsleiter  
Familie/Jugend, Jugendsekretariat Winterthur



### Kinderklinik, Kantonsspital Winterthur

**Dr. med. Kurt Albermann** Kinder- und Jugendpsychiater,  
Leiter Sozialpädiatrisches Zentrum SPZ

**Dr. med. Dorit Hoffmann** Kinder- und Jugendgynäkologie,  
Oberärztin Kinderklinik

**Monica Meyer** Sozialarbeiterin FH

**Franz Holderegger** Psychologe IAP



### Jugendsekretariat Winterthur

**Franz Holderegger** Psychologe IAP

**Gabriela Kaiser** Familienberaterin

## Organisation der Opferhilfe im Kanton Zürich

Der Vollzug des Opferhilfegesetzes (OHG) obliegt den Kantonen. Die Fachstelle «OKey» für Opferhilfeberatung und Kinderschutz ist eine anerkannte Beratungsstelle. Sie untersteht somit der administrativen Aufsicht der Kantonalen Opferhilfestelle der Direktion der Justiz und des Innern. Die Kantonale Opferhilfestelle setzt die namhaften Staatsbeiträge fest, welche den Betrieb von OKey ermöglichen.

Mehr Informationen bei:

[www.opferhilfe.zh.ch](http://www.opferhilfe.zh.ch)

## Dank und Aufruf für Spenden

Wir sind auf Ihre Hilfe angewiesen und danken für Ihre zukünftige Spende, die es uns erlauben wird, Aufgaben im Kinderschutz umfassend wahrzunehmen:

**Spendenkonto: PC 40-525057-8**

### OKey

**Fachstelle für Opferhilfeberatung und  
Kinderschutz Winterthur**

[www.okey-winterthur.ch](http://www.okey-winterthur.ch)