

Urheberrechtliche Hinweise zur Nutzung Elektronischer Bachelor-Arbeiten

Die auf dem Dokumentenserver der Zentral- und Hochschulbibliothek Luzern (ZHB) gespeicherten und via Katalog IDS Luzern zugänglichen elektronischen Bachelor-Arbeiten der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit dienen ausschliesslich der wissenschaftlichen und persönlichen Information.

Die öffentlich zugänglichen Dokumente (einschliesslich damit zusammenhängender Daten) sind urheberrechtlich gemäss Urheberrechtsgesetz geschützt. Rechtsinhaber ist in der Regel¹ die Hochschule Luzern – Soziale Arbeit. Der Benutzer ist für die Einhaltung der Vorschriften verantwortlich.

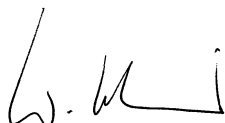
Die Nutzungsrechte sind:

- Sie dürfen dieses Werk vervielfältigen, verbreiten, mittels Link darauf verweisen. Nicht erlaubt ist hingegen das öffentlich zugänglich machen, z.B. dass Dritte berechtigt sind, über das Setzen eines Linkes hinaus die Bachelor-Arbeit auf der eigenen Homepage zu veröffentlichen (Online-Publikation).
- Namensnennung: Sie müssen den Namen des Autors/Rechteinhabers bzw. der Autorin/Rechteinhaberin in der von ihm/ihr festgelegten Weise nennen.
- Keine kommerzielle Nutzung. Alle Rechte zur kommerziellen Nutzung liegen bei der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit, soweit sie von dieser nicht an den Autor bzw. die Autorin zurück übertragen wurden.
- Keine Bearbeitung. Dieses Werk darf nicht bearbeitet oder in anderer Weise verändert werden.

Allfällige abweichende oder zusätzliche Regelungen entnehmen Sie bitte dem urheberrechtlichen Hinweis in der Bachelor-Arbeit selbst. Sowohl die Hochschule Luzern – Soziale Arbeit als auch die ZHB übernehmen keine Gewähr für Richtigkeit, Aktualität und Vollständigkeit der publizierten Inhalte. Sie übernehmen keine Haftung für Schäden, welche sich aus der Verwendung der abgerufenen Informationen ergeben. Die Wiedergabe von Namen und Marken sowie die öffentlich zugänglich gemachten Dokumente berechtigen ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen und Marken im Sinne des Wettbewerbs- und Markenrechts als frei zu betrachten sind und von jedermann genutzt werden können.

Luzern, 16. Juni 2010

Hochschule Luzern
Soziale Arbeit



Dr. Walter Schmid
Rektor

¹ Ausnahmsweise überträgt die Hochschule Luzern – Soziale Arbeit das Urheberrecht an Studierende zurück. In diesem Fall ist der/die Studierende Rechtsinhaber/in.

Bachelor-Arbeit
Ausbildungsgang Soziale Arbeit
Kurs VZ 09-02

Tobias Furrer
Kerstin Sidler

und wir?

Relevanz der Klinischen Sozialarbeit für Familiensysteme
im Kontext der Kinderpsychiatrie

Diese Bachelor-Arbeit wurde eingereicht im Dezember 2012 in 4 Exemplaren zur Erlangung des vom Fachhochschulrat der Hochschule Luzern ausgestellten Diploms für **Sozialarbeit**.

Diese Arbeit ist Eigentum der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit. Sie enthält die persönliche Stellungnahme des Autors/der Autorin bzw. der Autorinnen und Autoren.

Veröffentlichungen – auch auszugsweise – bedürfen der ausdrücklichen Genehmigung durch die Leitung Bachelor.

Reg. Nr.:

Vorwort der Schulleitung

Die Bachelor-Arbeit ist Bestandteil und Abschluss der beruflichen Ausbildung an der Hochschule Luzern, Soziale Arbeit. Mit dieser Arbeit zeigen die Studierenden, dass sie fähig sind, einer berufsrelevanten Fragestellung systematisch nachzugehen, Antworten zu dieser Fragestellung zu erarbeiten und die eigenen Einsichten klar darzulegen. Das während der Ausbildung erworbene Wissen setzen sie so in Konsequenzen und Schlussfolgerungen für die eigene berufliche Praxis um.

Die Bachelor-Arbeit wird in Einzel- oder Gruppenarbeit parallel zum Unterricht im Zeitraum von zehn Monaten geschrieben. Gruppendynamische Aspekte, Eigenverantwortung, Auseinandersetzung mit formalen und konkret-subjektiven Ansprüchen und Standpunkten sowie die Behauptung in stark belasteten Situationen gehören also zum Kontext der Arbeit.

Von einer gefestigten Berufsidentität aus sind die neuen Fachleute fähig, soziale Probleme als ihren Gegenstand zu beurteilen und zu bewerten. Sozialarbeiterisches Denken und Handeln ist vernetztes, ganzheitliches Denken und präzises, konkretes Handeln. Es ist daher nahe liegend, dass die Diplomandinnen und Diplomanden ihre Themen von verschiedenen Seiten beleuchten und betrachten, den eigenen Standpunkt klären und Stellung beziehen sowie auf der Handlungsebene Lösungsvorschläge oder Postulate formulieren.

Ihre Bachelor-Arbeit ist somit ein wichtiger Fachbeitrag an die breite thematische Entwicklung der professionellen Sozialen Arbeit im Spannungsfeld von Praxis und Wissenschaft. In diesem Sinne wünschen wir, dass die zukünftigen SozialarbeiterInnen mit ihrem Beitrag auf fachliches Echo stossen und ihre Anregungen und Impulse von den Fachleuten aufgenommen werden.

Luzern, im Dezember 2012

Hochschule Luzern, Soziale Arbeit

Leitung Bachelor

Abstract

In der Schweiz leiden ca. 15-20% der Kinder und Jugendlichen unter psychischen Belastungen. 8.4% der 10- bis 14-Jährigen wurde im Jahr 2009 stationär behandelt. Dies bedeutet einen Eingriff in das Familienleben. In der Praxis werden die Eltern und vor allem die Geschwister häufig ungenügend in den Behandlungsprozess eingebunden beziehungsweise werden ihre Bedürfnisse zu wenig berücksichtigt. Die Bachelorarbeit fokussiert deshalb auf das Familiensystem.

Anhand verschiedener Erklärungsmodelle wird an das Thema psychisch behinderte Kinder und ihre Familien herangeführt. Es wird aufgezeigt, dass psychische Behinderung, aber auch Gesundheit, immer multifaktorielle Ursachen hat. Um dies darzulegen, werden unter anderem entwicklungs- und bindungstheoretische Konzepte und Erkenntnisse der Resilienzforschung herangezogen.

Um den Anliegen der Klientschaft und deren Umfeld, aber auch dem Anspruch der Gesellschaft und den Anforderungen der Profession gerecht zu werden, muss die Klinische Sozialarbeit in der Schweiz selbstbewusst und vor allem sichtbar auftreten und sich im interdisziplinären Behandlungsteams als eigenständige Disziplin behaupten.

Die Literaturarbeit geht deshalb der Frage nach wie Klinische Sozialarbeit durch ein bio-psycho-soziales Verständnis ihren relevanten Beitrag im interdisziplinären Helfersystem einer Kinderpsychiatrie leisten und die Arbeit mit dem Familiensystem massgeblich mitgestalten kann. Dafür wird ein konkreter Handlungsansatz für Sozialarbeit in stationären Settings vorgestellt.

Die Autorschaft ist sich im Klaren darüber, dass der Weiterentwicklung der Klinischen Sozialarbeit noch ein weiter Weg bevor steht. Die vorliegende Arbeit soll hierfür einen Beitrag leisten.

Vorwort

Die Autorschaft der vorliegenden Arbeit ist sich bewusst, dass die Familie, besonders die Eltern, des betroffenen Kindes oft in den Behandlungsprozess während des stationären Aufenthaltes in einer Kinderpsychiatrie eingebunden wird. Allerdings geschieht dies dann mit dem Fokus auf das Kind, beziehungsweise mit dem Zweck dem Kind zu helfen. Das heisst die Heilung des Kindes aus medizinischer Sicht ist das übergeordnete Ziel des Aufenthaltes. Aus Sicht der Autorschaft wird in der Praxis und der einschlägigen Fachliteratur zwar betont, wie wichtig der Einbezug des Familiensystems für den Behandlungsprozess ist, jedoch zu wenig beachtet, dass die Eltern und Geschwister ebenfalls unter der Situation leiden. Im Monitoringbericht 2012 des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums (Obsan) wird erläutert, dass psychische Einschränkungen neben dem Leid für die Direktbetroffenen, auch häufig zu einer starken Belastung der Angehörigen führen (S. 10).

Die Autorschaft möchte mit der vorliegenden Arbeit aufzeigen, wie die Klinische Sozialarbeit ihren Beitrag im Helfersystem der Kinderpsychiatrie leisten kann - zur Unterstützung des betroffenen Familiensystems als Ganzes.

Der Nestbau und die liebevolle Aufzucht von Vögeln ist geradezu der Inbegriff von Fürsorglichkeit und Familie. Die Vogel-Eltern brüten ihre Eier aus, füttern die kleinen Schreihälse und sorgen dafür, dass die Kleinen „flügge“ werden. Die Jungvögel verlassen das Nest und fliegen ihrer Zukunft entgegen.

Dank

Wir bedanken uns an dieser Stelle bei allen Personen, die uns beim Verfassen dieser Arbeit unterstützt haben. Ein besonderer Dank gilt Prof. Anita Glatt, Prof. Gregor Husi, Prof. Elke Brusa, Dr. med. Ursula Davatz, Roland Niedermann und verschiedenen Schweizerischen Kinderpsychiatrien für die fachliche Unterstützung. Ein weiteres Dankeschön geht an Erwin K. Wüest vom Informationsdienst Gesundheit des Bundesamtes für Statistik (BFS) für das zur Verfügung stellen der empirischen Daten sowie Klaus Ammich für Druckrechte des Titelbildes.

Weiter möchten wir uns bei unseren Freundinnen und Freunden bedanken, für ihr Verständnis und ihre Unterstützung während der Erarbeitung der vorliegenden Arbeit und während des gesamten Studiums an der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit.

Inhaltsverzeichnis

Dank	4
Abbildungsverzeichnis	7
Tabellenverzeichnis	7
1 Einleitung	1
1.1 Ausgangslage	1
1.2 Fragestellungen	3
1.3 Motivation und Berufsrelevanz	5
1.4 Adressatenschaft und Zielsetzungen.....	6
1.5 Aufbau der Arbeit	8
2 Erster Teil - Klinische Sozialarbeit	12
2.1 Entstehung und Entwicklung der Klinischen Sozialarbeit	12
2.2 Sozialpsychiatrie	14
2.3. Aufgaben, Rollen und Kompetenzen der Klinischen Sozialarbeit	16
2.3.1 Aufgaben	16
2.3.2 Rollen.....	19
2.3.3 Kompetenzen	20
2.4 Standpunkt im interdisziplinären Helfersystem	21
2.4.1 Zusammenarbeit mit anderen Disziplinen.....	21
2.4.2 Abgrenzung zu anderen Disziplinen.....	23
3 Zweiter Teil – Psychische Gesundheit und Behinderung	26
3.1 Rahmenbedingungen	26
3.1.1 Krankheit	26
3.1.2 ICD-10	27
3.1.3 Psychische Beeinträchtigung	29
3.1.4 Behinderung	29
3.1.5 ICF	30
3.1.6 Definition von Behinderung in der Schweiz	31
3.2 Faktoren, welche die Psyche von Kindern beeinflussen	32
3.2.1 Risikofaktoren.....	32
3.2.2 Umgang mit Stressoren	35
3.2.3 Schutzfaktoren.....	38
3.3 Resilienz	41
3.4 Psychische Gesundheit	44
3.5 Salutogenese	48
3.6 Anforderungs-Ressourcen-Modell	51
3.7 Bio-psycho-soziales-Modell.....	53
4 Dritter Teil – Die Familie	58
4.1 Das Familiensystem	58
4.1.1 Definition von Familie.....	58
4.1.2 Familienformen	59

4.1.3 Familienkonstruktion.....	60
4.1.4 Familienphasen.....	61
4.1.5 Funktion der Familie	62
4.2 Entwicklungspsychologie.....	63
4.3 Systemischer Ansatz nach Urie Bronfenbrenner	65
4.4 Kindliche Bedürfnisse	68
4.5 Wohl des Kindes	70
4.6 Eltern-Kind-Beziehung und kindliche Bindung	71
4.7 Auswirkungen auf die Familie	74
5 Vierter Teil – Handlungsansätze der Klinischen Sozialarbeit	80
5.1 Fallvignette Familie Vogel	80
5.2 Kompetenzorientierte Arbeit in stationären Settings (KOSS)	81
5.3 Einbezug der Familie	85
5.4 Anmeldung / Aufnahme	87
5.5 Analyse	88
5.5.1 Globale Analyse	89
5.5.2 Erweiterte Analyse.....	91
5.5.3 Vertiefte Analyse	97
5.6 Diagnose	97
5.6.1 Psychosoziale Diagnose	98
5.6.2 Diagnostische Kompetenzanalyse	99
5.7 Hilfskonzept / Indikation	102
5.8 Individueller Hilfeplan	103
5.9 Intervention / Durchführung.....	105
5.10 Evaluation.....	109
6 Schlussfolgerungen.....	111
6.1 Zusammenfassende Beantwortung der Fragestellungen und gewonnene Erkenntnisse.....	111
6.2 Handlungsbedarf für die Klinische Sozialarbeit – heute und morgen.....	115
7 Literaturverzeichnis	119
8 Anhang.....	130
9 Stichwortverzeichnis.....	162

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Aufbau Bachelorarbeit	8
Abbildung 2: Psychosoziale Diagnosen und Behandlung in Arbeitsfelder der Klinischen Sozialarbeit	17
Abbildung 3: Traditionelles Stressmodell	36
Abbildung 4: Ressourcen-Bewältigungs-Modell	37
Abbildung 5: Gesundheit und Krankheit als Gleichgewichts-/Ungleichgewichtsstadien	46
Abbildung 6: Vereinfachte Darstellung des Modells der Salutogenese	50
Abbildung 7: Anforderungs-Ressourcen-Modell	52
Abbildung 8: Bio-psycho-soziales Modell	54
Abbildung 9: Familienformen	60
Abbildung 10: 8-Stufenmodell des Familienlebenszyklus	62
Abbildung 11: Phasenmodell von Erikson	64
Abbildung 12: Ökonomie der Entwicklung	66
Abbildung 13: Kindliche Bedürfnisgruppen	70
Abbildung 14: Spiralphasen-Modell	75
Abbildung 15: Doppelt ABCX-Modell	77
Abbildung 16: Zyklusmodell für den Hilfeprozess	85
Abbildung 17: Doppelter Fokus der Diagnose	90
Abbildung 18: Lebensführungssystem	91
Abbildung 19: Genogramm „Familie Vogel“	92
Abbildung 20: FAST-Dimensionen	95
Abbildung 21: Kompetenzbalance	100
Abbildung 22: Family Map	102
Abbildung 23: Vier Quadranten der Zielformulierung	104

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Rollen klinisch tätiger Sozialarbeitenden	19
Tabelle 2: Risikofaktoren für die Entwicklung „psychischer Störungen“	34
Tabelle 3: Resilienzfaktoren bezüglich psychischen Störungen	39
Tabelle 4: Soziale und personale Ressourcen	40
Tabelle 5: Bio-psycho-soziale Gleichzeitigkeit Sozialer Arbeit	55
Tabelle 6: Beziehungen im Familienlebenszyklus	72
Tabelle 7: Phasen und Schritte im kompetenzorientierten Hilfeprozess	84
Tabelle 8: Stufen der Kohäsion	96
Tabelle 9: Stufen der Hierarchie	96
Tabelle 10: Pro und Contra der Etablierung Klinischer Sozialarbeit	116

1 Einleitung

Gemäss Petra Kolip und Julia Lademann (2006) bietet die Familie sozialen Support und hat deshalb eine Schutzfunktion inne. Die einzelnen Mitglieder sollten einander unterstützen bei der Verarbeitung belastender Vorkommnisse. Weiter sollten sie einander Sicherheit bieten durch das Vermitteln von Gefühlen wie „Wertschätzung, Liebe und Zugehörigkeit“. Die Erkenntnis Teil einer Familie zu sein, schützt vor „psychischen Störungen“ (zit. in Klaus Hurrelmann, Ulrich Laaser, Oliver Razum, 2006, S. 625).

Hier ist anzumerken, dass die Autorschaft den Begriff der psychischen Behinderung bevorzugt. Die Autorinnen Kolip und Lademann verwenden den Begriff der Störung wohl, um zu vermitteln, dass es sich um eine Abweichung der Norm handelt und die Autorschaft dieser Arbeit fokussiert mit dem Begriff der Behinderung die Folgen dieser Störung. Weitere Ausführungen sind im zweiten Teil dieser Arbeit „psychische Gesundheit und Behinderung“ zu finden. In der Familie werden auch die Einstellung zur Gesundheit und entsprechendes Verhalten erlernt mit dem Ziel einer gesunden Lebensweise. Daraus lässt sich schliessen, dass die Familie gesundheitsfördernde Eigenschaften hat. Dies muss aber nicht in jedem Falle so sein. Es kann durchaus sein, dass die Familie das Gegenteil auslöst und negative Entwicklungen hin zur Krankheit oder eben Behinderung fördert beziehungsweise verstärkt.

1.1 Ausgangslage

In der Schweiz leiden ca. 15-20% der Kinder und Jugendlichen unter psychischen Belastungen. Dies heisst noch nicht, dass sie unter einer psychischen Behinderung leiden, denn „nur“ bei mindestens einem Viertel der Betroffenen ist sofortiges Handeln angezeigt (Christoph Käppler, 2006, S. 18) (vgl. Studie im Anhang A). Durch entsprechende Hilfsangebote können oft negative Folgen für die weitere schulische, soziale und später berufliche Entwicklung des Kindes abgewendet werden (Silvia Denner, 2008, S. 18). Um dies zu verhindern, ist manchmal ein stationärer Aufenthalt in der Kinderpsychiatrie unumgänglich. Die Entstehungsbedingungen von psychischen Erkrankungen (die Autorin spricht hier von Erkrankung in einem medizinischen Sinne. Die Autorschaft bevorzugt den Begriff der Behinderung, um die Folgen dieser Krankheit, welche „behindern“ zu verdeutlichen. Weitere Ausführungen sind im zweiten Teil dieser Arbeit „psychische Gesundheit und Behinderung“ zu finden.) wurden gemäss Denner (2008) in der Vergangenheit sehr gegensätzlich diskutiert. Es gab Annahmen, die von einem organischen Leiden ausgingen bis hin zu Verhaltensabweichungen, die ihren Ursprung im Sozialen haben. Alle diese Betrachtungen waren aber zu einseitig und wurden der Komplexität der „psychischen Erkrankungen“ nicht gerecht. Heute verfügt man über ein anderes

1 Einleitung

Verständnis und ist sich der Wechselwirkungen von biologischen, psychischen und sozialen Prozessen, die zur Entstehung, Aufrechterhaltung und dem Verlauf von „psychischen Erkrankungen“ beitragen, bewusst. Bei den sozialen Prozessen spielen die Familie, prägende Ereignisse im Lebenslauf und Konflikte im zwischenmenschlichen Bereich eine bedeutende Rolle (S. 19-20).

Die Fachtagung der Klinik Sonnenhof in Ganterischwil im Juni 2008 war der Elternarbeit gewidmet. Die Familiensystemtherapeutin Ursula Davatz äusserte dort, dass die Familie eine Einheit ist, die in der Regel funktioniert und die Basis dafür die elterliche Beziehung ist. Robert Fisch betonte, dass es durchaus Sinn mache, die Eltern von „psychisch kranken“ Kindern mit Elternarbeit zu konfrontieren, da zwischen der Familienfunktion und der Entstehung, Aufrechterhaltung und Heilung von Symptomen enge Zusammenhänge bestünden. Davatz wies darauf hin, wie wichtig die Rolle der Umwelt für ein Kind sei und ging soweit, Kinder als Spiegel einer Familie zu bezeichnen (Toggenburger Tagblatt, 14. Juni 2008, S. 58). Da die Autorschaft die obengenannten Ausführungen nachvollziehen kann, hat sie sich die Frage gestellt, wie denn die Klinische Sozialarbeit im Kontext der Kinderpsychiatrie die Arbeit mit dem Familiensystem massgeblich mitgestalten kann. Daraus ist die Hauptfragestellung dieser Arbeit entstanden, auf welche im nächsten Kapitel näher eingegangen wird.

1.2 Fragestellungen

Ihre Überlegungen zum Thema der Klinischen Sozialarbeit in einer Kinderpsychiatrie insbesondere dem Einbezug des Familiensystems in die Arbeit mit den Kindern, hat die Autorschaft zur Formulierung folgender Hauptfragestellung gebracht.

Wie kann die Klinische Sozialarbeit im Behandlungskontext der Kinderpsychiatrie durch professionelles Handeln die Arbeit mit dem Familiensystem massgeblich mitgestalten?

Der Autorschaft ist es wichtig die zentralen Begriffe, die sie in der Hauptfragestellung und der weiteren Arbeit verwendet, kurz zu definieren. Die Definitionen sollen einem einheitlichen Verständnis der Fragestellung und der verwendeten Begriffe dienen, für Klarheit der Bedeutung der Begriffe in der Arbeit sorgen und die Leserschaft durch die Arbeit begleiten.

Klinische Sozialarbeit

Diese spezialisierte Form der Sozialen Arbeit, beschäftigt sich mit Personen, Gruppen und Familien (Robert L. Barker, 1999, eigene Übersetzung). Nach dem amerikanischen Fachterminus „clinical social work“, bezeichnet die Klinische Sozialarbeit nach Franz Stimmer (2000) „die professionelle Sozialarbeit im Kontext von Krankheit, Behinderung und psychosozialen Krisen. Dieses Spezialgebiet der Sozialen Arbeit hat das Ziel, die sozialen und psycho-sozialen Aspekte in die Beratung mit einzubeziehen“ (S. 391-393).

Kinderpsychiatrie

Gemäss Stimmer (2000) ist die Kinder- und Jugendpsychiatrie ein aus „Pädiatrie und Psychiatrie hervorgegangenes medizinisches Fachgebiet“ (S. 374).

Ihr Gebiet umfasst die „Erkennung, Behandlung, Prävention und Rehabilitation bei psychischen, psychosomatischen, entwicklungsbedingten und neurologischen Erkrankungen oder Störungen sowie bei psychischen und sozialen Verhaltensauffälligkeiten im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter und bei Heranwachsenden auch unter Beachtung ihrer Einbindung in das familiäre und soziale Lebensumfeld“ (Weiterbildungsordnung für die Ärzte Bayerns, 2004, S. 1).

Das Familiensystem

Aus psychologischer Sicht sind Familien als Personensysteme besonderer Art zu begreifen. „Ihre Mitglieder stehen im Spannungsfeld von Autonomie und Verbundenheit, sie tragen zur Entstehung enger persönlicher Beziehungen bei und entwickeln sich in diesem Beziehungskontext“ (Das Psychologie-Lexikon, 2012, ¶1).

Um die Hauptfragestellung beantworten beziehungsweise aufzeigen zu können, wie professionelles Handeln der Klinischen Sozialarbeit in der Kinderpsychiatrie aussehen kann und was es dafür braucht, werden einige Teil-bzw. Leitfragen generiert, die durch die Arbeit führen. Diese werden am Ende dieses Absatzes gebündelt aufgezeigt.

Um nachvollziehen zu können, weshalb sich ein Kind in der Kinderpsychiatrie aufhält, müssen gemäss der Meinung der Autorschaft auch Sozialarbeitende über ein psychiatrisches, psychologisches und pädagogisches Basiswissen verfügen. Deshalb stellt sich die Autorschaft die Frage (vgl. Leitfrage 1), welche Faktoren die Psyche eines Kindes beeinflussen. Da die Autorschaft nicht das Kind, sondern das Familiensystem in den Fokus dieser Arbeit stellt, geht sie der Frage nach, wie sich die psychische Behinderung, welche im Teil 2 der Arbeit definiert wird, auf die Familie als System auswirkt. Dies ist wichtig, damit die Sozialarbeitenden eine systemische Perspektive einnehmen können, was wiederum zur Professionalität ihres Handelns beiträgt (vgl. Leitfrage 2). Damit die Klinische Sozialarbeit die Arbeit mit dem Familiensystem massgeblich mitgestalten kann, ist es unumgänglich, dass ihr und allen anderen beteiligten Professionen klar ist, welche Aufgaben sie im interdisziplinären System inne hat. Deshalb hat die Autorschaft die dritte Leitfrage formuliert. Die vierte Leitfrage dient dem Handlungswissen und soll anhand einer konkreten Methode das Handeln in der Praxis aufzeigen und so ebenfalls der Beantwortung der Hauptfragestellung dienen.

Die Autorschaft stellt sich die folgenden Leitfragen, da sie der Meinung ist, dass klinisch tätige Sozialarbeitende die Antworten (vgl. zusammenfassende Beantwortung der Fragestellungen im Kap. 6 dieser Arbeit) darauf kennen müssen, um im Behandlungskontext der Kinderpsychiatrie durch professionelles Handeln die Arbeit mit dem Familiensystem massgeblich mitgestalten zu können und im interdisziplinären Helfersystem als relevant wahrgenommen zu werden.

Leitfragen:

→ Welche Faktoren beeinflussen die psychische Gesundheit eines Kindes? (zur Beantwortung siehe Teil 2 der Arbeit)

→ Was sind die Auswirkungen auf das Familiensystem, wenn ein Kind psychisch behindert ist und stationäre, psychiatrische Behandlung benötigt? (zur Beantwortung siehe Teil 3 der Arbeit)

→ Welche Aufgaben hat die Klinische Sozialarbeit im interdisziplinären Helfersystem einer Kinderpsychiatrie in Bezug auf das Familiensystem? (zur Beantwortung siehe Teil 1 der Arbeit)

→ Welche Ansätze sollte die Klinische Sozialarbeit in Bezug auf das betroffene Familiensystem verfolgen? (zur Beantwortung siehe Teil 4 der Arbeit)

1.3 Motivation und Berufsrelevanz

Die Motivation, vorliegende Arbeit zu verfassen, begründet sich auf mehreren Ebenen. Um diese Ebenen deutlich aufzeigen zu können, sind sie durch Untertitel gekennzeichnet. Dies soll keine Aufzählung sein, sondern die mannigfaltigen Zugänge zur Hauptfragestellung aufzeigen.

Die Klinische Sozialarbeit ist eine „wissenschaftliche und berufspolitische Herausforderung“ (Wolf Crefeld, 2000, zit. in Margret Dörr, 2002, S. 23). Gregor Terbuyken (1997) spricht vom Verständnis und der benötigten Handlungsfähigkeit der Klinischen Sozialarbeit für den „krank- und gesundmachenden Alltag“. Da der Alltag von Kindern stark von den Eltern strukturiert wird, ist es die Aufgabe der Klinischen Sozialarbeit die Eltern zu befähigen, ihrem Kind einen geeigneten und adäquaten Alltag zu bieten, zum anderen zu prüfen, ob das Kind durch seine Familie nicht in seiner Gesundheit eingeschränkt wird (zit. in Wolf Rainer Wendt, 2002, S. 47).

Empirische Motivation

Auch empirisch zeichnet sich eine Relevanz ab. Die medizinische Statistik des BFS (2009) hält fest, dass 8.4% der 10- bis 14-Jährigen in einer psychiatrischen, stationären Einrichtung behandelt wurden. Dieser Statistik ist nur implizit zu entnehmen, dass hinter diesen jungen Patienten und Patientinnen eine Vielzahl von betroffenen Familienmitgliedern steht (S. 2).

Ethische Motivation

Basierend auf den ethischen Handlungsmaximen des Berufskodexes, lässt sich der Auftrag ableiten um nicht nur Hilfe für das betroffene Kinde anzubieten, sondern auch die Notlage der Familie zu lindern (Berufskodex AvenirSocial 5.5).

Rechtliche Motivation

Nicht nur unser Berufskodex, sondern auch die Kinderrechtskonvention der UNO motivierte, dieses Thema genauer zu beleuchten. Die Kinder und die Eltern können sich auf das Menschenrecht auf eine Familie berufen. Im Artikel 10 der UNO-Kinderrechtskonvention heisst es, dass den Kindern (sowohl den Patienten und Patientinnen und den Geschwistern), wie auch den Eltern das Recht auf eine Familie, elterliche Fürsorge und ein sicheres Zuhause garantiert werden sollte.

Persönliche Motivation

Die persönlichen Erfahrungen der Autorschaft in der Klinischen Sozialarbeit zeigen, dass der Patient, die Patientin stark im Fokus steht. Eltern und Geschwister treten in den Hintergrund und sind für die medizinische Behandlung nur am Rande von Interesse. Patienten und Patientinnen und Kinder im Speziellen, sind gerade in der Phase der Krankheit oder Behinderung auf ihr soziales Umfeld, beispielsweise die Familie, angewiesen. Obwohl ein „gesundes“ Familiensystem massgeblich zur Gesundung eines Kindes beitragen kann, sollten auch die Bedürfnisse der Eltern und Geschwister berücksichtigt werden. So geht die Autorschaft davon aus, dass die Krankheit oder Behinderung eines Kindes nicht nur den kleinen Patienten, die kleine Patientin, belastet, sondern auch die Eltern und die Geschwister.

1.4 Adressatenschaft und Zielsetzungen

Adressatenschaft

Die vorliegende Arbeit richtet sich an Professionelle der (Klinischen) Sozialarbeit und an Fachpersonen anderer Professionen, die sich im Rahmen der interdisziplinären Zusammenarbeit mit psychisch behinderten Kindern und ihren Familien befassen.

- Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter
- Professionelle der Klinischen Sozialarbeit
- Psychiater und Psychiaterinnen
- Psychologinnen und Psychologen
- Psychiatrisches Pflegepersonal
- Pädagoginnen und Pädagogen

Zielsetzungen

Ein Ziel der vorliegenden Arbeit besteht darin, die Bedeutung der Klinischen Sozialarbeit im Kontext der Kinderpsychiatrie aufzuzeigen. Das heisst, sie soll einerseits darlegen, dass die Klinische Sozialarbeit einen relevanten Beitrag im interdisziplinären Helfersystem der Kinderpsychiatrie leisten kann und andererseits sollen klinisch tätige Sozialarbeitende einen Katalog von Methoden, Theorien und Handlungsansätzen erhalten, der ihnen eine Grundlage bieten soll, diesen Beitrag auch leisten zu können.

Die Autorschaft hat den Fokus der Bachelorarbeit bewusst vom betroffenen Kind zum gesamten Familiensystem hin erweitert. Dies mit der Absicht, Sozialarbeitende und Professionelle anderer Berufsgruppen für die Betroffenheit des gesamten Familiensystems zu sensibilisieren und ihnen einen Anstoss zu geben, im Berufsalltag beziehungsweise während des Behandlungsprozesses die Familie zwar als Ressource zu sehen, aber sie auch, aus einer bio-psycho-sozialen Perspektive heraus, als betroffenes System als Ganzes wahrzunehmen.

Ein weiteres Ziel der Autorschaft ist es darzulegen, wie komplex und wechselseitig die Bedingungen sind, die bei einem Kind zu einer psychischen Behinderung und schlussendlich zu einem stationären Aufenthalt in der Kinderpsychiatrie führen und zu erläutern, wo hier die Klinische Sozialarbeit durch professionelles Handeln ansetzen kann.

1.5 Aufbau der Arbeit

Die vorliegende Arbeit gliedert sich in vier Teile. Durch ihren Aufbau nähert sie sich von drei Seiten den konkreten Handlungsansätzen der Klinischen Sozialarbeit (vgl. Abb. 1). Die Hauptfragestellung, die es (anhand von Leitfragen) zu beantworten gilt, lautet „Wie kann die Klinische Sozialarbeit im Behandlungskontext der Kinderpsychiatrie durch professionelles Handeln die Arbeit mit dem Familiensystem massgeblich mitgestalten?“

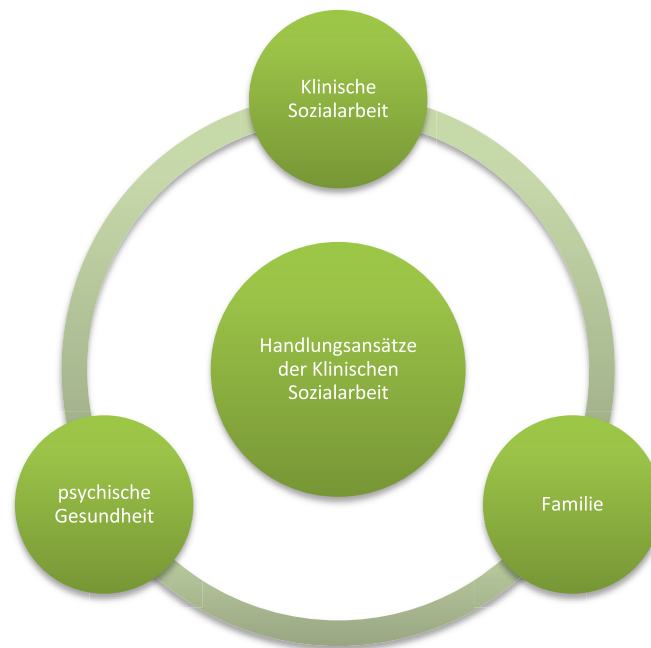


Abbildung 1: Aufbau Bachelorarbeit, eigene Darstellung

Die Autorschaft hat darauf geachtet, den Verlauf nach einer deduktiven Ordnung zu gliedern. Zu Beginn werden die kontextualen Rahmenbedingungen der klinischen Fachsozialarbeit beleuchtet. Die Leserschaft soll mit dem in der Schweiz noch wenig verbreiteten Begriff der Klinischen Sozialarbeit vertraut gemacht werden. Von der Entstehung ausgehend, werden die Aufgaben, Rollen und Kompetenzen der Klinischen Sozialarbeit umrissen. Die Leitfrage „Welche Aufgaben hat die Klinische Sozialarbeit im interdisziplinären Helfersystem einer Kinderpsychiatrie in Bezug auf das Familiensystem?“ wird in diesem Teil der Arbeit beantwortet. Für die Soziale Arbeit im Allgemeinen und im klinischen Kontext im Speziellen scheint eine klare Abgrenzung zu anderen Disziplinen als unabdingbar. Die Autorschaft zeigt zum Schluss des ersten Teils jedoch nochmals deutlich auf, wo und wie eine interdisziplinäre Zusammenarbeit stattfinden könnte und welchen Standpunkt die Klinische Sozialarbeit im Helfersystem einnehmen kann.

1 Einleitung

Im zweiten Teil wird die Perspektive gewechselt. Auf der Seite des Klienten, der Klientin, beschreibt die Arbeit Merkmale der psychischen Gesundheit und erläutert Faktoren, welche der psychischen Gesundheit zu- beziehungsweise abträglich sind. Die Autorschaft wägt unterschiedliche Fachtermini der Bezugsdisziplinen der Sozialen Arbeit gegeneinander ab und versucht, taugliche Begrifflichkeiten für die Soziale Arbeit zu finden. Dadurch wird die Leitfrage „Welche Faktoren beeinflussen die psychische Gesundheit eines Kindes?“ beantwortet.

Die Familie ist im dritten Teil im Fokus und soll den Grundstein legen, um im Teil vier die Handlungsansätze nachvollziehbar zu machen. Ausgehend von einem systemischen Verständnis einer Familie als soziale Gruppe wird die Familie in ihren Phasen beleuchtet und so in einen zeitlichen Kontext gesetzt. Um die innerfamiliären Interaktionen herzuleiten, macht die Autorschaft einen Exkurs in die Entwicklungspsychologie und zu den kindlichen Bedürfnissen, um anschliessend anhand der Bindungstheorie die Eltern-Kind-Beziehung zu beleuchten. Im Weiteren werden die Auswirkungen psychischer Behinderung und einen stationären Aufenthalt in der Kinderpsychiatrie für die Subsysteme (Eltern-Kind-Beziehung, Geschwister-Beziehung und Partnerschaft) erläutert. Somit wird die Leitfrage „Was sind die Auswirkungen auf das Familiensystem, wenn ein Kind psychisch behindert ist und stationäre, psychiatrische Behandlung benötigt?“ beantwortet.

Im vierten Teil werden Handlungsansätze der Klinischen Sozialarbeit präsentiert und mit Hilfe einer Fallvignette veranschaulicht. Die Leitfrage „Welche Ansätze sollte die Klinische Sozialarbeit in Bezug auf das betroffene Familiensystem verfolgen?“ wird hier beantwortet. Hierbei lässt sich die Autorschaft von der kompetenzorientierten Arbeit in stationären Setting (KOSS) nach Kitty Cassée und Han Spanjaard leiten. Das von ihnen verfasste KOSS-Manual ist ein Handbuch für Praktiker und Praktikerinnen, wie sie selber sagen. Es soll eine Methode aufzeigen für die Arbeit in stationären Settings der Kinder- und Jugendhilfe, wie beispielsweise auch die Kinderpsychiatrie eines ist. Durch die KOSS werden mögliche Handlungsfelder für die Klinische Sozialarbeit aufgezeigt, welche den gesamten Hilfsprozess umspannen. Ihre Praxisrelevanz, der Kontext für den die Methode entwickelt wurde und das Renommee der Autoren, hat die Autorschaft dieser Arbeit dazu bewogen, sich mit der Arbeitsweise der KOSS auseinanderzusetzen und in dieser Arbeit als mögliche Handlungsmethode vorzustellen.

In den Schlussfolgerungen werden die gewonnenen Erkenntnisse zusammengefasst und die Fragestellungen beantwortet. Es wird ein kritischer Blick in die Zukunft der Klinischen Sozialarbeit gewagt.

1 Einleitung

Vorliegende Arbeit wurde in der Gesamtverantwortung von Tobias Furrer und Kerstin Sidler erstellt.

Die Grundtexte zu den einzelnen Kapiteln wurden wie folgt erarbeitet:

Tobias Furrer: 1; 2.1; 3.1; 4.1; 4.2; 4.3; 4.4; 4.5; 4.6; 5.1; 5.2; 5.5; 5.6; 5.9; 5.10; 6.1

Kerstin Sidler: 1; 2.2; 2.3; 2.4; 2.5; 3.1; 3.2; 3.3; 3.4; 3.5; 3.6; 3.7; 3.8; 4.7; 5.3; 5.4; 5.5; 5.6; 5.7; 5.8;
6.1; 6.2

Grundsätzlich entstanden die nachfolgenden Texte allerdings in einem gemeinsamen Prozess und sind somit als Gesamtwerk zu verstehen, welches keine klare Zuweisung auf die einzelne Autorin beziehungsweise den einzelnen Autor zulässt.

Erster Teil:

Klinische Sozialarbeit



«Das Erledigen von Telefonaten und das Schreiben von Briefen im Sinne einer Art sozialadministrativer Assistenz für die ärztliche Behandlung stellt sicher noch keine psychiatrische Sozialarbeit dar.»

Wolf Crefeld, 2002

2 Erster Teil - Klinische Sozialarbeit

Der erste Teil der vorliegenden Arbeit zeigt die Entstehung und Entwicklung der Klinischen Sozialarbeit auf. Ihre Aufgaben und Kompetenzen werden vorgestellt und ihre Rolle im interdisziplinären Helfersystem wird erläutert. Das Ziel dieses Teils der Arbeit ist die Beantwortung der Leitfrage „Welche Aufgaben hat die Klinische Sozialarbeit im interdisziplinären Helfersystem einer Kinderpsychiatrie in Bezug auf das Familiensystem?“.

2.1 Entstehung und Entwicklung der Klinischen Sozialarbeit

Zuerst geht die Autorschaft in diesem Teil der Arbeit auf den historischen Hintergrund der Klinischen Sozialarbeit und deren Ziele ein. Dies soll dazu dienen, die Beweggründe nachvollziehen zu können, die zur Entstehung Klinischer Sozialarbeit geführt haben. Weiter soll ersichtlich gemacht werden, wie sich die Klinische Sozialarbeit entwickelt hat – im Ausland und in der Schweiz. Diese Entwicklungen sind nicht analog verlaufen und um deutlich machen zu können, ob und wie relevant die Klinische Sozialarbeit in der Schweiz ist, muss zuerst ihr geschichtlicher Hintergrund und ihre heutige Position aufgezeigt werden.

Grundlegende Ziele aller Sozialarbeit (und somit auch Klinischer Sozialarbeit) sind die „Förderung, Verbesserung und Erhaltung der psycho-sozialen Funktionsfähigkeit von Individuen, Familien und Gruppen“. Klinische Sozialarbeit versteht sich nach Helmut Pauls (2011b) als „integrierter professioneller Ansatz zur Verbesserung der psycho-sozialen Passung zwischen Klientschaft und Umwelt“ (S. 16). Dies ist bedeutend, da man durch Forschungsergebnisse weiss, dass die heutigen technisierten und ökonomisierten Lebensbedingungen dazu führen, dass die natürlichen sozialen Beziehungen oftmals entzwei gehen oder an Stärke verlieren, so Helmut Pauls (2011b). Davon sind besonders Kranke oder Behinderte und ihre Angehörigen, insbesondere sozial und ökonomisch benachteiligte, betroffen und oftmals überfordert (S. 11). Die Entwicklung der körperlichen und psychischen Gesundheit wird gemäss Heiko Waller (2003) und Stephan Sting und Günther Zuhorst (2000) durch den Abbau von Beziehungen erschwert (zit. in Pauls, 2011b, S.11)

Ende der 1960er Jahren trat der Begriff „clinical social work“ (CSW) in den USA auf. Methodisch lässt sich die Klinische Sozialarbeit im Ansatz des „casework“ der 1920er Jahre verorten. 1978 anerkannte schliesslich die Nationale Association of Social Work (NASW) die „clinical social work“ als eigene spezialisierte Profession. In Europa wird „clinical social work“ aus den USA als geeignetes Vorbild angeschaut. Peter Dentler (2006) fordert allerdings die Berücksichtigung der eigenständigen

„deutschen“ Klinischen Sozialen Arbeit, welche nicht nur eine Kopie US-amerikanischer „clinical social work“ sei (zit. in Pauls, 2011b, S. 13-14), was aus Sicht der Autorschaft auch für die Klinische Sozialarbeit in der Schweiz gelten sollte, die ebenfalls ihre Eigenheiten besitzt. Dies ist dadurch begründet, da gewisse Vorbehalte gegen die Klinische Sozialarbeit aus der Sorge vor einer direkten Übernahme des Konzepts des „clinical social work“ gründen (Albert Mühlum, 2002, S. 16). Allerdings ist es so, dass sich in den Definitionen sehr wohl Unterschiede finden. Carol R. Swenson (1995) definiert „clinical social work“ über selbständige Therapie von Leiden und Fallarbeit (S. 507/eigene Übersetzung). Wohingegen sich Klinische Sozialarbeit im deutschsprachigen Raum, so Mühlum (2002), eher als Oberbegriff für „Sucht- und Sozialtherapie, individual- und familientherapeutische Verfahren und Kriseninterventionen“ angesehen wird. Weiter wird im Unterschied zur US-amerikanischen „clinical social work“ mit vielen freiberuflich tätigen Sozialarbeitenden, in Deutschland die Klinische Sozialarbeit stark in Institutionen verankert bleiben (S. 16).

Klinische Sozialarbeit ist eine wissenschaftliche, berufspolitische und praxeologische Herausforderung, so Crefeld (2000, S. 23-39). Eine gesundheitsorientierte Sozialarbeit in besonders schwierigen Beziehungs- und Behandlungskontexten braucht spezifische Kenntnisse und methodische Fertigkeiten, sagt Mühlum (2002) und spricht sich somit für eine Spezialisierung und Aufwertung der Sozialen Arbeit aus (S. 19).

In der Schweiz ist die Idee der Klinischen Sozialarbeit noch nicht so verbreitet (Matthias Hüttemann, Klaus Fetscher und Beat Leuthold, 2007, S.8). Sie steht vor der Herausforderung in der Landschaft des sich verändernden Gesundheitswesens eine neue Position zu finden, so Erwin Carigiet (2005, S. 23-29). Er fordert weiter, dass sich die Klinische Sozialarbeit im „medizinisch-industrialisierten Komplex“ des heutigen Gesundheitssystems „selbstbewusst und sichtbar“ auftreten soll. Der Bedarf an klinischer Fachsozialarbeit, so Hüttemann, Fetscher und Leuthold (2007) ist in der Schweiz jedenfalls ähnlich wie in Deutschland, Österreich und anderen europäischen Ländern gegeben.

Die Autorschaft ist durch diesen Abschnitt der Beantwortung der Fragestellung ein Stück näher gerückt. Die Klinische Sozialarbeit hat einerseits die Aufgabe Individuen und Familien zu unterstützen, da sich diese oftmals überfordert fühlen. Gleichzeitig ist sie ihrer Profession verpflichtet und muss für sie eintreten, damit sie ihre Aufgaben überhaupt wahrnehmen kann.

Nun geht die Autorschaft auf eine weitere für die Klinische Sozialarbeit bedeutsame geschichtliche Entwicklung ein – der Wandlung der Psychiatrie zur Sozialpsychiatrie.

2.2 Sozialpsychiatrie

Gemäss Ruth Steiner (2012) sind unter Sozialpsychiatrie diejenigen „Ideen und Konzepte zu verstehen, die seit der Psychiatriereform praktiziert werden“ (S. 11). Die Sozialpsychiatrie entstand, da in den 1960er-Jahren Kritik aufkam betreffend der psychiatrischen Vorgehensweise. Die Proteste richteten sich gegen die menschenverachtenden Verhältnisse in der Psychiatrie (Margret Dörr, 2005, S. 14). Es wurde gefordert das Soziale mit einzubeziehen, wenn man Menschen mit psychischem Leiden behandelt. Das sogenannte „bio-psycho-soziale Verständnis“ setzte sich durch. Seit der Psychiatriereform ist die Begleitung und Unterstützung der Patientinnen und Patienten nicht mehr alleinige Aufgabe der Medizin, sondern auch die Soziale Arbeit hat durch psychosoziale Unterstützungs- und Vernetzungsaufgaben ihren Weg in den Bereich der psychiatrischen Behandlung gefunden (Steiner, 2012, S. 11). Die Autorschaft möchte hier anmerken, dass Peter Sommerfeld (2009) von der Fachhochschule Nordwestschweiz – Hochschule Soziale Arbeit zum Thema der Sozialpsychiatrie Forschungen angestellt hat. Eine seiner spannenden Thesen lautet: „Um die Idee der Sozialpsychiatrie in einem weitergehenden Sinn realisieren zu können, muss die soziale Dimension in ihrer ganzen Tragweite erfasst werden, d.h. das bio-psycho-soziale Modell der WHO muss konsequent theoretisch und empirisch fundiert und praktisch umgesetzt werden“ (S. 5). Cornelia Rüegger (2012), der Meinung, dass es die Soziale Arbeit im Feld der Psychiatrie beziehungsweise die Klinische Sozialarbeit nicht immer einfach habe, da sie eine „ungefestigte Profession“ sei und auf die selbstsichere Medizin treffe. Dies führe dazu, dass der Sozialen Arbeit im therapeutischen Prozess oft nur eine „Hilfsfunktion“ zugeschrieben werde (S. 26-27). Die Sozialpsychiatrie ist also ein Versuch, das „dominante medizinisch-psychiatrische Paradigma zu korrigieren, zu kompensieren oder umzukehren“. Die Autorschaft erlaubt sich hier die Bemerkung, dass es nicht in ihrem Sinne wäre ein „dominantes Paradigma“ in ein anderes „umzukehren“, da dies aus ihrer Sicht keinen Sinn machen würde. Die Entstehung der Sozialpsychiatrie ist vor allem dem Druck von Betroffenen und deren Familien zu verdanken. Den jene bestehen und bestanden darauf, als primär Betroffene angehört und in Entscheidungsprozesse mit einbezogen zu werden (Dörr, 2005, S. 16).

Mariele Ritter-Gekeler (2005) ist allerdings der Ansicht, dass es durch interdisziplinäre Zusammenarbeit in einer sozialpsychiatrischen Klinik möglich sein sollte, die Ressourcen und Stärken jeder Profession optimal zu nutzen und für einen adäquanten Behandlungsplan für die Patientinnen und Patienten zu nutzen (S. 6).

Die Autorschaft ist der Meinung, dass somit auch die Klinische Sozialarbeit im interdisziplinären Helfersystem der (Kinder-)psychiatrie ihren Tätigkeitsbereich inne haben sollte. Dafür muss sie allerdings ihren Beitrag leisten, wenn sie nicht als „Hilfsfunktion“ neben der Medizin oder anderen etablierteren Professionen verkümmern will. Dies kann sie tun, indem sie sogenannt psychosoziale Arbeit leistet.

Gunnar Bernler und Lisbeth Johnsson (1997) bezeichnen psychosoziale Arbeit als einen Teilbereich der Sozialen Arbeit. Psychosoziale Arbeit befasst sich mit Menschen, das heisst mit Individuen, Familien und Gruppen und ihren (bio-)psychosozialen Bedürfnissen. Zur leitenden Theorie und als Erklärungswissen der psychosozialen Arbeit zählt die Systemtheorie.

Zur psychosozialen Arbeit gehören vier Unterstützungsformen (S. 129-131):

- Ressourcen erschliessen (Beratung)
- Leiden erleichtern (Begleitung)
- Unterstützung geben (Anleitung)
- Veränderung fördern (Therapie)

Das Ziel dabei soll sein, die „soziale Integration und die Teilhabe“ der Klientinnen und Klienten in ihren konkreten Lebensbereichen zu stärken (vgl. Kapitel „Salutogenese“ und „person-in-environment“). Die Arbeit ist zugleich auf das Individuum, aber auch auf die Lebenswelt in der es sich bewegt, bezogen. Soziale Arbeit sei mit ihrem „Ethos der Menschenwürde und der sozialen Gerechtigkeit“ nicht mehr aus der Psychiatrie wegzudenken, da sie sich dafür einsetze, dass Menschen mit psychisch bedingten Leiden genügend Ressourcen und Unterstützung erhalten und die Menschenrechte im psychiatrischen Kontext nicht verletzt werden (Steiner, 2012, S. 11-13).

Schon immer standen in der Sozialen Arbeit die bio-psycho-sozialen Bedürfnisse der Klientinnen und Klienten im Zentrum des Hilfsprozesses und autoritäre Behandlungsziele, die nur eine Anpassung an die soziale Umgebung fordern, werden kritisiert. (Steiner, 2012, S. 11). Gert Hellerich und Daniel White (2012) sind allerdings der Auffassung, dass sich Sozialarbeitende zu stark der Medizin anpassen. Sie müsste mehr ihre eigenen Vorstellungen einbringen und die Klientinnen und Klienten in den Problemlösungsprozess mit einbeziehen. dass sich Sozialarbeitende zu stark der medizinischen Auffassung anpassen und wie die Medizinerinnen und Mediziner als „Normalitätsrichtende“ auftreten, statt sich kritisch mit den herrschenden Normalitätsentwürfen und der „Verkrankung“ der psychosozialen Abweichung auseinanderzusetzen. Psychosoziale Arbeit sei zu sehr mit den modernen Macht-, Wahrheits-, Moral- und Ordnungssystemen verwurzelt.

Sie müsste sich aus diesen herauslösen und neue Vorstellungen entwickeln. Sie sollte nicht nur einen defizitär negativen Blick haben, sondern versuchen die Lebenswelt der Betroffenen und ihre dort auftretenden Probleme zusammen mit den Klientinnen und Klienten zu erschliessen und Lösungen finden (S. 14-15).

Die Autorschaft ist der Meinung, dass es sehr wohl die Aufgabe der Klinischen Sozialarbeit und der Sozialen Arbeit allgemein ist, die Kundigkeit ihrer Klientinnen und Klienten zu achten und ihnen keine Lösungen zu präsentieren, sondern mit ihnen gemeinsam zu erarbeiten. Allerdings muss beachtet werden, dass im Klinischen Kontext meist die Mediziner und Medizinerinnen die Fallführung inne haben und der Prozess entsprechend medizinisch geprägt ist und sich auch die Sozialarbeitenden entsprechend „unterordnen“ müssen, was nicht heisst, dass sie nicht stetig ihre Sichtweise in den Prozess einbringen. Um dies genauer zu beleuchten, wird im nächsten Abschnitt auf die Aufgaben, Rollen und Kompetenzen der Klinischen Sozialarbeit eingegangen.

2.3. Aufgaben, Rollen und Kompetenzen der Klinischen Sozialarbeit

2.3.1 Aufgaben

Die Aufgaben Klinischer Sozialarbeit stützen sich auf Forschungsergebnisse. Diese legen dar, dass sich psychosoziale Interaktionen positiv auf die Behandlung psychischer Leiden auswirken. Weiter sind die Integration in soziale Systeme und die dadurch gewonnene Unterstützung die besten Schutzfaktoren gegen diese Leiden. Deshalb sind die „bessere (Re-)Integration in die soziale Umgebung und die Wiedererlangung psychischen und sozialen Wohlbefindens“ zentrale Ziele der Klinischen Sozialarbeit (Pauls, 2011a, „Hintergrund und Zusammenhang“, ¶12). Franz Hierlemann (2001) ist der Meinung, dass die zentralen Aufgaben der Klinischen Sozialen Arbeit „Unterstützung und Hilfe“ sind. Sie soll durch ihre Tätigkeiten Unterstützungsmöglichkeiten in der Lebenswelt der Betroffenen generieren mit dem Ziel der Förderung ihrer Selbständigkeit und ihrer gesellschaftlichen Partizipation. (S. 1).

Gemäss Brigitte Geissler Piltz (2005) ist die Zusammenarbeit mit den Betroffenen für die Klinische Sozialarbeit sehr bedeutend. Die Kundigkeit der Klientinnen und Klienten muss geachtet werden und die Person muss in ihrer Lebenssituation wahrgenommen werden (vgl. Kapitel „person-in-environment“). Geissler-Piltz hat die Aufgaben der Klinischen Sozialarbeit nach Pauls (2004) visuell dargestellt, die Autorschaft hat sich für eine eigene Veranschaulichung dieser Aufgaben entschieden. Die Abb. 2 zeigt wie die einzelnen Aufgaben der Klinischen Sozialarbeit aussehen und wie sie sich zu einem Gesamten, zur psycho-sozialen Intervention, zusammensetzen.



Abbildung 2: Psychosoziale Diagnosen und Behandlung in Arbeitsfelder der Klinischen Sozialarbeit in Anlehnung an Helmut Pauls, 2004, zit. in Geissler-Piltz, 2005, S. 102

Das sich die Autorschaft für das Thema der Klinischen Sozialarbeit im Kontext der Kinderpsychiatrie entschieden hat, geht sie im Folgenden auf die Aufgaben der Klinischen Sozialarbeit in Bezug auf psychisch behinderte Kinder ein.

Aufgaben in Bezug auf psychisch behinderte Kinder

Sonja Kirchweger (2010) ist der Meinung, dass Kindern und Jugendlichen, die sich in einem stationären Aufenthalt befinden, besonderes Augenmerk geschenkt werden muss, da sie durch ihr psychisches Leiden und den Aufenthalt in der Psychiatrie in der Bewältigung ihrer Entwicklungsaufgaben gefährdet sind und es kann Auswirkungen auf ihre familiäre, schulische, später auch auf ihre berufliche Lebenswelt haben. Entscheidend für das Gelingen oder Nicht-Gelingen der momentan anstehenden Entwicklungsaufgabe sind beispielsweise die Schwere der Erkrankung oder Behinderung, die Dauer des stationären Aufenthaltes und die soziale Situation. Weitere Faktoren, die den Prozess beeinflussen, kennt man aus der Resilienzforschung (vgl. Kapitel „Resilienz“). Die Erkrankung oder die Behinderung und die stationäre Behandlung können für Kinder Bei der Arbeit mit Kindern muss die Klinische Sozialarbeit mit einer anderen Denkweise an ihre Aufgaben heran, als bei Erwachsenen.

Erwachsene sind es gewöhnt über Kinder zu sprechen. Gerade im stationären Bereich ist es aber wichtig, dass die Erwachsenen sich darin üben mit den Kindern zu sprechen beziehungsweise sollen sie *miteinander* sprechen. Die Klinische Sozialarbeit soll hier eine Vorbildfunktion übernehmen. Die

Partizipation der Kinder spielt eine wesentliche Rolle. Die Klinische Sozialarbeit soll die Lebenswelt der betroffenen Kinder beachten und ihr Ziel soll es sein, die Kinder zu befähigen, sich in dieser Lebenswelt zu recht zu finden und behaupten zu können. Weiter sollte die Klinische Sozialarbeit die Lebenswelt der Kinder beachten und ihre Aufmerksamkeit auf eine gelingende Lebensbewältigung richten und versuchen die lebenspraktische Autonomie zu erhalten beziehungsweise wiederherzustellen. Dies kann sie tun, indem sie das Selbstwertgefühl der Betroffenen zu erhöhen versucht, ihnen dabei hilft, sich in den sozialen Systemen zu orientieren, die vorhandenen Ressourcen in ihrem Umfeld generiert und ihnen dadurch gesellschaftliche Partizipation langfristig ermöglicht. Beiträge von Seiten der Klinischen Sozialarbeit können die Arbeit an der Erhöhung des Selbstwertgefühles, der Verbesserung der sozialen Orientierung, dem Ausbau der sozialen Unterstützung und die Garantie der sozialen Integration und Teilhabe sein. Es reicht allerdings nicht, die momentane Lebenssituation objektiv zu betrachten, um ein hilfreiches Angebot an Unterstützung und Förderung bieten zu können. Es ist notwendig, die Bedingungen der Lebenswelt eines Kindes mit einzubeziehen und das subjektive Erleben dieser Lebenswelt auf Seiten des Kindes. Klinische Sozialarbeit muss jedes Kind als einzigartig sehen in seiner Lebenswelt; individuelle Betreuung ist das Stichwort. Dies fordert auf Seiten der Klinischen Sozialarbeit ein hohes Mass an kommunikativer Kompetenz, Wertschätzung und emotionales Eingehen auf die Bedürfnisse der Kinder mit viel Geduld. Das übergeordnete Ziel muss die Berücksichtigung und vor allem auch der Einbezug des sozialen Umfeldes des Kindes sein. Alltagsnähe herzustellen und Unterstützung mittels vorhandener Ressourcen zu ermöglichen, sind Aufgaben der Klinischen Sozialarbeit. Es ist eine weitere Aufgabe der Klinischen Sozialarbeit die betroffenen Kinder auf ihren Alltag vorzubereiten, beispielsweise in dem sie lernen mit ihrer „psychischen Erkrankung“ (die Autorin spricht hier von Erkrankung in einem medizinischen Sinn. Die Autorschaft bevorzugt den Begriff der Behinderung, um zu verdeutlichen, dass die Kinder in ihrem Alltag behindert werden durch ihr psychisches Leiden) umzugehen und ihnen entsprechende Verhaltensweisen zu vermitteln. Eine weitere Aufgabe ist es, den Kindern den Umgang mit der Behinderung beizubringen, d.h. entsprechende Verhaltensweisen zu vermitteln und den Kindern die Möglichkeit zu geben, diese Verhaltensänderungen auszuprobieren. Aus Sicht der Autorschaft, kann dies nicht alleine von der Klinischen Sozialarbeit geleistet werden, sondern ist eine Aufgabe für das gesamte interdisziplinäre Team (Sonja Kirchweger, 2010, S. 271-278).

Damit die Klinische Sozialarbeit handlungsfähig sein kann, ist es aus Sicht der Autorschaft unumgänglich, dass sie sich sowohl über ihre Aufgaben im Klaren ist, wie auch über ihre Rolle(n), die sie inne hat. Deshalb werden im Folgenden Abschnitt, die verschiedenen Rollen vorgestellt, die klinisch tätige Sozialarbeitende einnehmen.

2.3.2 Rollen

Rachelle A. Dorfmann (1996) hat (vgl. Tab. 1) die Rollen des klinisch tätigen Sozialarbeitenden folgendermassen beschrieben (zit. in Anna Kottler, 2004, S. 29):

„Advocate“:	Anwaltschaftliches Eintreten für die Belange der Klientschaft
„Broker“:	Ressourcenerschliessung für die Klientschaft
„Case-Manager“:	Organisieren und koordinieren der Leistungen verschiedener Dienste für die Klientschaft. Dafür sorgen, dass die Dienstleistungen passen, um dadurch Erfolge sichern zu können
„Consultant“:	Strategische Beratung mit Spezialwissen
„Counselor“:	Sichtbarste Rolle. Beratung anhand sozialarbeiterischer Beratungsgrundsätze
„Educator“:	Bildungsvermittlung (z.B. durch effektive Kommunikationsstrategien, Problemlöse-Techniken, usw.)
„Enabler“:	Befähigung der Klientschaft um Veränderungen vorzunehmen. Schafft Bedingungen (auch in der Umwelt), damit sich die Klientschaft verändern kann.
„Mediator“:	Vermittlung zwischen den Parteien
„Researcher/ Evaluator“:	Erforschung des Beratungsprozesses und Ergebniskontrolle

Tabelle 1: Rollen klinisch tätiger Sozialarbeitenden nach Ann Kottler, 2004, S.29

Anhand der obengenannten verschiedenen Rollen wird deutlich, dass die Sozialarbeitenden sich nicht immer in der gleichen Rolle befinden oder gleichzeitig alle Rollen erfüllen können. Dies liegt daran, dass die Klinische Sozialarbeit oder Soziale Arbeit im Allgemeinen kein traditionelles sogenanntes „Tätigkeitsmonopol“ besitzt. Ihre Aufgaben sind mannigfaltig, umso wichtiger ist eine klare Abgrenzung zu anderen Professionen (vgl. Kapitel „Abgrenzung zu anderen Disziplinen“) wie auch eine umfassende Auftragsklärung.

Um die verschiedenen Aufgaben erfüllen und die unterschiedlichen Rollen einnehmen zu können, müssen die Sozialarbeitenden über verschiedene Kompetenzen verfügen. Diese werden im folgenden Abschnitt aufgezeigt.

2.3.3 Kompetenzen

Wendt (2000) hat analog der Rollen von Dorfmann (1996) folgende wünschbaren Kompetenzen der Klinischen Sozialarbeit formuliert (zit. in Kottler, 2004, S. 30):

- Aufbau einer persönlichen Beziehung zur Klientschaft
- Psychosoziale Einschätzung der Lage beziehungsweise der Problematik (sogenanntes „assessment“)
- Umfassende soziale Beratung
- Auswahl und Anwendung geeigneter therapeutischer Verfahren
- Alltagsbezogene Begleitung der Klientschaft in ihrem Lebensfeld
- Nutzung des Systems der sozialen Sicherheit
- Soziale Anwaltschaft
- Evaluation sozialer Unterstützungs- und Behandlungsprozesse und deren Erfolg

Durch ihre Kompetenzen wirkt die Klinische Sozialarbeit einer „Verengung der Gesundheitsarbeit auf ausschliesslich somatische (Medizin) und psychische Aspekte (Psychotherapie) entgegen, wie auch einer Reduzierung der klinischen Aufgaben der Sozialarbeit auf rein organisatorische, rechtliche, disziplinarische oder erzieherische Massnahmen“ (Pauls, 2011a, „Was bedeutet der Titel Klinische Sozialarbeit?“, ¶13). Klinische Sozialarbeit kann, obwohl ihr Ziel die bio-psycho-soziale Gesundheit ihrer Adressaten und Adressatinnen ist, nicht einfach mit Sozialer Arbeit im Gesundheitswesen gleichgesetzt werden, da sie interdisziplinär ihre eigenen Akzente setzt. Sie zeichnet sich durch eine sozialtherapeutische Ausrichtung, durch Wissenschaftsbasierung (sogenanntes „evidence best practise“) und durch den Kampf um Standardisierung ihrer Vorgehensweise aus. Ihr gleichzeitiger Fokus auf die individuelle und die soziale Problemlage unterscheidet sie von anderen Hilfsprofessionen (Martin Hosěk, 2011, S. 34-35). Hosěk hat diese Bifokalität auch an seiner Präsentation an der Jahrestagung des Vereins Klinische Sozialarbeit Schweiz (CSWS) am 9. November 2011 als wichtigstes Kennzeichen Klinischer Sozialarbeit proklamiert, da sie damit ihre Interventionen gleichzeitig auf Menschen und ihre sozialen Probleme ausrichtet.

Gemäss Brigitte Geissler-Piltz (2004) wird eine umfassende Methodenkompetenz benötigt, um klinisch kompetent handeln zu können (S. 1). Eine respektvolle Haltung gegenüber der Klientschaft ist unumgänglich. Nur mit dieser Basis kann eine vertrauensvolle Beziehung aufgebaut werden. Weiter sollten zu den Kompetenzen der Klinischen Sozialarbeit fundierte theoretische Kenntnisse und psychopathologisches Basiswissen gehören, um eigenständige Interventionen zu tätigen (S. 1).

Nach Meinung der Autorschaft muss die Klinische Sozialarbeit nicht nur Bescheid wissen über ihre eigenen Methoden, sondern muss auch über ein Basiswissen dessen verfügen, was die anderen Disziplinen im Helfersystem leisten, um mit ihnen interdisziplinär zusammenarbeiten zu können (vgl.

Kapitel „Zusammenarbeit mit anderen Disziplinen“). Wendt (2000) zählt zu den wünschbaren Kompetenzen der Klinischen Sozialarbeit die „Auswahl und Anwendung geeigneter therapeutischer Verfahren“. Hierbei geht die Autorschaft nicht mit ihm einig, dass die klinisch Tätigen therapieren können. Sie können wohl ihren Beitrag im Behandlungsprozess leisten, aber um zu therapieren, würden sie entsprechende Weiterbildungen benötigen. Sie sollten allerdings beispielsweise Risikofaktoren (vgl. Kapitel „Risikofaktoren“) erkennen können und im interdisziplinären System darauf aufmerksam machen deshalb ist es unumgänglich, dass sie über psychopathologisches Basiswissen verfügen.

Da sich die Leitfrage für diesen Teil der Arbeit auf die Aufgaben der Klinischen Sozialarbeit im interdisziplinären Helfersystem bezieht, wird nun auf den Standpunkt der Klinischen Sozialarbeit genauer eingegangen.

2.4 Standpunkt im interdisziplinären Helfersystem

Gemäss Carigiet (2004) verfügen selbst Fachleute der Klinischen Sozialarbeit über keine einheitlichen Vorstellungen ihrer Zuständigkeit. Klinische Sozialarbeit werde oft nur als „Assistenzdienst“ für Medizin, allenfalls auch für die Pflege verstanden. Ausserdem kann sie in einem Spannungsverhältnis zur Pflege und zu den psychologischen Professionen stehen (S. 3). Aufgrund eigener Erfahrungen möchte die Autorschaft Erwin Carigiet ergänzen und anfügen, dass auch ein gespanntes Verhältnis zur Medizin bestehen kann und dass es ein wichtiger Beitrag wäre, um die Relevanz der Klinischen Sozialarbeit zu stärken, wenn die Zuständigkeit der Klinischen Sozialarbeit einheitlich im Sinne einer Auftragsklärung definiert werden könnte. Dies würde die Sozialarbeitenden in ihrem Auftreten stärken und für die anderen involvierten Disziplinen wäre klarer ersichtlich, was die Klinische Sozialarbeit zum Behandlungsprozess beisteuert. Sie wäre dadurch nicht länger nur dort zuständig, wo es sonst niemand ist. Denn leider wird es in der Praxis oftmals so gehandhabt, wie die Autorschaft aus eigener Erfahrung weiss.

2.4.1 Zusammenarbeit mit anderen Disziplinen

Gemäss Karlheinz Ortmann und Heinz-Alex Schaub (2002) hat Klinische Sozialarbeit ein besonderes Augenmerk auf die sozialen Auswirkungen von Gesundheit und Krankheit und kann so der somatischen und psychosomatischen Versorgung und Behandlung eine dritte hinzuzufügen - nämlich die psychosoziale Dimension. Dahinter steht das bio-psycho-soziale Modell zum Verständnis von Gesundheit und Krankheit der Weltgesundheitsorganisation (WHO) (S. 66-72) (vgl. Kapitel „bio-psycho-soziales Modell“). Nach Bettina Hünersdorf (2002) bereichert die Klinische Sozialarbeit so den Blick der Medizin und Psychologie in der Behandlung von Menschen, da er ganzheitlicher ist (S. 52-64).

Die Autorschaft geht davon aus, dass Hünersdorf hier mit dem ganzheitlichen Blick den systemischen Blick der Klinischen Sozialarbeit meint, für den auch die Autorschaft dieser Arbeit plädiert.

Hierlemann (2001) beschreibt dies genauer, er sagt, es sei einerseits die Aufgabe der Psychiatrie die Wiedererlangung von Gesundheit zu ermöglichen. Gleichzeitig zu dieser Behandlung beziehungsweise zusätzlich ist es Aufgabe der Sozialen Arbeit, dass die Betroffenen ihre Autonomie zurück erlangen und wieder am gesellschaftlichen Leben teilhaben können. Da die Beiträge aller Professionen bedeutend sind für einen erfolgreichen Behandlungsprozess, wird eine interprofessionelle Zusammenarbeit, die ständig weiterentwickelt wird, benötigt (S. 1). Ausserdem ist Geissler-Piltz (2008) der Meinung, dass eine intensive Verständigung mit anderen beteiligten Disziplinen unumgänglich ist, um den oftmals komplexen Situationen der Klientschaft gerecht zu werden (S. 2).

Die Autorschaft ist auch der Meinung, dass man nur im Team stark ist und nur so alle Bedürfnisse der Klientinnen und Klienten abdecken kann, ausserdem kann man so sein eigenes Handeln rückversichern und reflektieren. Um die einzelnen Beiträge der verschiedenen Disziplinen aufzuzeigen, werden nachfolgende die Kompetenzen des interdisziplinären Teams vorgestellt.

Kottler (2004) hat die Kompetenzen eines multiprofessionellen Teams in der Kinder- und Jugendhilfe aufgezeigt, diese hat sie einer Stellungnahme der Bundeskonferenz der Erziehungsberatung in Deutschland aus dem Jahre 1994 entnommen (S. 73):

- Psychologen und Psychologinnen bringen „psychodiagnostische und psychotherapeutische Kompetenzen“ mit
- Sozialarbeitende bringen „Kompetenzen zur fallbezogenen Analyse psychosozialer und gesellschaftlicher Bedingungen sowie zur Planung und Durchführung von Interventionen mit“
- Ärzte und Ärztinnen bringen „medizinische Kompetenzen“ mit

Die Autorschaft ist überzeugt, dass ohne Zusammenarbeit kein erfolgreicher Behandlungsprozess möglich ist. Genauso wichtig, ist allerdings, dass jede Disziplin weiss, für welche Aufgaben sie zuständig ist und sich nicht die Bereiche anderer Disziplinen annektieren. Dies würde einem effizienten und effektiven Behandlungsplan im Wege stehen, es würde zu Doppelspurigkeiten und Unsicherheiten führen. Deshalb ist das letzte Thema dies Arbeitsteils die Abgrenzung zu den anderen involvierten Disziplinen.

2.4.2 Abgrenzung zu anderen Disziplinen

Die Klinische Sozialarbeit sollte gemäss Pauls (2011a) im „Gegensatz zu der immer stärker somatisch spezialisierten Medizin und der störungsspezifisch spezialisierten Psychotherapie, die Disziplin sein, die den „sozialen“ Menschen mit seinen Krankheiten oder Behinderungen und psychosozialen Belastungen in und mit seinem Umfeld berät, behandelt und begleitet“ („Was bedeutet der Titel Klinische Sozialarbeit?“, ¶3). Was allerdings passieren kann, ist dass das „Soziale“ neben dem „Medizinischen“ nur als Ergänzung und nicht als Notwendigkeit wahrgenommen wird. Dies zeigt sich indem, dass die Mitsprache der Sozialen Arbeit zwar erwünscht, sie jedoch im Gegenteil zur Medizin keine Entscheidungsbefugnis in Behandlungsfragen hat. Gegenüber pflegerischen und therapeutischen Berufen sind Abgrenzungsfragen immer wieder unentbehrlich (Hierlemann, 2001, S. 2). Geissler-Piltz (2004) ist der Meinung, dass auch die strukturellen Veränderungen im Gesundheitsbereich, welche eine ökonomische Optimierung (Finanzierbarkeit, Leistungsfähigkeit, usw.) zum Ziel haben, folgenreich für die Soziale Arbeit sein könnten. Es kann dazu führen, dass andere Disziplinen in die Arbeitsfelder der Sozialen Arbeit drängen (S. 2).

Hier schliesst sich die Autorschaft der Meinung von Geissler-Piltz an. Es ist in der Praxis durchaus so, dass die Klinische Sozialarbeit stets ihre Unentbehrlichkeit beweisen muss, da sie keine sichtbaren, das heisst körperlichen Veränderungen aufzeigen kann und sie durch ihre Dienstleistungsfunktion oft als „Luxusabteilung“ angesehen wird, die für den Gesundungsprozess nicht unbedingt von Nöten ist. Ursula Hochuli Freund und Walter Stotz (2011) sind der Meinung, dass der Sozialen Arbeit ein „Tätigkeitsmonopol“ fehle. Dadurch ergeben sich Zuständigkeiten für Aufgaben, mit welchen sich auch andere Professionen befassen. Nicht zuletzt deshalb, ist die Soziale Arbeit auf eine enge Zusammenarbeit mit anderen Professionen und Berufsgruppen angewiesen. Schwierig ist eine Kooperation immer dann, wenn es sich, durch die „diffuse Allzuständigkeit“ der Sozialen Arbeit, nicht zufriedenstellend klären lässt, wer für welche Aufgaben zuständig ist. Dieser Umstand wird verstärkt, wenn beteiligte Akteure und Akteurinnen nicht mehr problemlösungsorientiert, sondern „statusorientiert argumentieren und auf ihre Kompetenzen und ihre Unabhängigkeit pochen“ (S. 108-109).

Gemäss Hans Nau (2002) ist ein erfolgreiches „Ringen“ um Anerkennung von einer beruflichen Identität abhängig, die bei der Klinischen Sozialarbeit noch zu wenig ausgebildet ist. Klinische Sozialarbeit, verstanden als Fachsozialarbeit, hat aber eine Zukunft. Dafür muss sie sich über Grenzen von Institutionen des Gesundheitswesens hinaus bewegen und vor allem „klientenbezogen“ handeln (S. 185).

Durch diesen ersten Teil der Arbeit ist die Autorschaft auch der Beantwortung ihrer Hauptfragestellung ein Stück näher gekommen. Es wurde ersichtlich, wie die Klinische Sozialarbeit entstanden ist und wie die soziale Dimension im Behandlungsprozess, auch durch die Psychiatriereform, an Bedeutung gewonnen hat. Die Klinische Sozialarbeit hat mannigfaltige Aufgaben, Rollen, aber auch entsprechende Kompetenzen. Dem aktuellen Diskussionsstand der Fachliteratur ist zu entnehmen, dass die Klinische Sozialarbeit zwar von Expertinnen und Experten dieses Bereichs als relevant angesehen wird; es bis jetzt aber noch nicht geschafft hat, sich gegenüber anderen Disziplinen vollends als relevante Profession zu etablieren. In Bezug auf die Frage, welche Aufgaben sie hat im interdisziplinären Helfersystem kann man sagen, dass sie einerseits die Aufgaben erfüllen muss, die mit ihrer Profession einhergehen und sie andererseits die Aufgabe hat durch ihre Tätigkeiten ihre Profession im Helfersystem zu etablieren. Das heisst sie muss ihre Relevanz im beruflichen Alltag auch für andere Disziplinen und für die Klientenschaft ersichtlich zu machen. Es muss für alle Involvierten klar sein, welchen Standpunkt sie im interdisziplinären Helfersystem einnimmt und was sie zum Behandlungsprozess beitragen kann. In Bezug auf das Familiensystem ist dies insbesondere, ihr systemischer Blick, durch den sie die soziale Dimension der psychischen Behinderung der Betroffenen mit einbezieht. Sie beschäftigt sich nicht nur mit dem Individuum, sondern leistet psychosoziale Arbeit bei der sie auch die Lebenswelt der Betroffenen in die Beratung einschliesst und erhält somit ein ganzheitlicheres Bild.

Der zweite Teil widmet sich der psychischen Gesundheit und Behinderung und wirft auch einen Blick auf die Entstehungsbedingungen psychischer Behinderung, aber zeigt natürlich auch, entsprechend dem ressourcenorientierten Ansatz der Klinischen Sozialarbeit, Möglichkeiten zur Förderung beziehungsweise Erhaltung der Gesundheit auf.

Zweiter Teil:

Psychische Gesundheit und Behinderung



*«Behinderung ist ein Vorgang und kein Persönlichkeitsmerkmal.
Deswegen kann man eine Behinderung nicht haben. Es kann eine
Person lediglich behindert werden.»*

Friedrich Specht

3 Zweiter Teil – Psychische Gesundheit und Behinderung

In diesem Kapitel wird der Frage nachgegangen, welche Faktoren die kindliche Psyche beeinflussen und wie psychische Gesundheit definiert werden kann. Das Ziel ist die Beantwortung der Frage „Welche Faktoren beeinflussen die psychische Gesundheit eines Kindes?“. Um die Begrifflichkeiten Krankheit, Störung, Auffälligkeit, Beeinträchtigung und Behinderung unterscheiden zu können, werden sie in der fachlichen Landschaft verortet. Um die Leserschaft an das Thema psychisch behinderter Kinder und ihrer Familien heranzuführen, werden verschiedene Erklärungsmodelle herangezogen, welche die Wechselbeziehungen zwischen den verschiedenen Systemen darlegen sollen und deren Einfluss auf die Gesundheit. Weiter wird versucht, aufzuzeigen, dass psychische Behinderung immer multifaktorielle Ursachen hat.

3.1 Rahmenbedingungen

Wie Steiner (2012) schreibt, werden die Begriffe psychische Krankheit, psychische Behinderung und psychische Beeinträchtigung im Volksmund als Synonym verstanden und verwendet, obwohl sich diese Zuschreibungen unterscheiden. Psychische Krankheit wird grundsätzlich als „medizinisch beeinflussbarer Prozess“ verstanden während Behinderung und Beeinträchtigung als „bleibendes Defizit“ gelten. Eine psychische Krankheit ist wesentlich komplexer zu systematisieren als eine somatische Krankheit, da sie nicht ausschliesslich biologisch begründbar ist, das heisst gleiche Ursachen können zu verschiedenen Krankheitsbildern führen. In der Internationalen Klassifikation der WHO (vgl. Kapitel „ICD-10“) wird daher nicht von Krankheiten, sondern von Störungen gesprochen und zwar unabhängig der Ursachen.

Die Autorschaft ist der Meinung, dass die verschiedenen Begrifflichkeiten, mit denen oftmals das gleiche gemeint ist, zu Verwirrungen führen können. Sie hat deshalb das Kapitel 3.1 den Definitionen der am häufigsten verwendeten Begriffe verwendet und wird auch begründen, welchen Begriff sie vorzieht und weshalb.

Zuerst wird der Begriff der Krankheit definiert, da häufig von psychischer Krankheit gesprochen wird.

3.1.1 Krankheit

Gemäss Rudolf Keiser (2011) wird Krankheit aus sozialversicherungsrechtlicher Sicht als „jede Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit, die nicht Folge eines Unfalls ist und die eine medizinische Untersuchung oder Behandlung erfordert“, definiert (S. 60). Aus Sicht der Versicherungen macht so eine enge, funktionalistische Unterscheidung Sinn.

Nach Brändli (2009) ist Krankheit keine vorgegebene, natürlich definierte Grösse, sondern vor allem kontextabhängig. Dies gilt für psychische wie auch für körperliche Krankheit.

Das heisst, dass das Verständnis von Krankheit geprägt wird durch Normen und Werte der Gesellschaft, von Ökonomie, Kultur, Wissenschaft und Medizin („Krankheit“, ¶1-2).

Die Autorschaft schliesst sich jedoch der Definition von Sebastian Brändli (2009) an, verwendet den Begriff der Krankheit allerdings nicht in der vorliegenden Arbeit für eigene formulierte Gedanken, da der Begriff aus Sicht der Autorschaft stark medizinisch geprägt ist und es für die klinische Sozialarbeit einen passenderen Begriff gibt, auf den später in diesem Kapitel noch eingegangen wird. Gemäss dem Expertenbericht zu psychiatrischen Versorgungsstrukturen und psychischer Gesundheit der Nationalen Gesundheitspolitik Schweiz (2005) führen das oftmals frühe Erkrankungsalter und der oft rezidivierende Verlauf psychischer Erkrankungen zu vielfältigen Konsequenzen (gesundheitlich, sozial, rechtlich, ökonomisch) und entsprechendem Unterstützungsbedarf.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass Krankheit eine Abweichung vom Gesunden darstellt, und zwar der geistigen, körperlichen oder psychischen Gesundheit. Der Begriff ist nach Meinung der Autorschaft defizitär geprägt und gilt als Abweichung von der Norm. Ein weiterer Begriff ist der der psychischen Störung. Er tritt vor allem in Zusammenhang mit dem Klassifikationssystemen in Erscheinung. Allerdings werden die Begriffe Störung und Auffälligkeit oftmals synonym verwendet. Darauf wird im folgenden Abschnitt genauer eingegangen.

3.1.2 ICD-10

Aus wissenschaftlichen Gründen wie der Vergleichbarkeit und auch aufgrund der Praktikabilität, wurden Klassifikationssysteme entwickelt (Volker Arolt, Christian Reimer & Horst Dilling, 2007, S. 21). Zur Klassifikation psychischer Störungen haben sich zwei Systeme international durchgesetzt, so Fröhlich-Gildhoff (2007). Zum einen die International Classification of Diseases (ICD) der WHO, deren 10. Revision im deutschsprachigen Raum seit dem 1. Januar 2000 offiziell gültig ist. In der Kodierung F der ICD-10 Systematik, werden psychische Störungen kategorisiert und klassifiziert (vgl. Anhang B).

Die WHO definiert in ihrer Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10) den Störungsbegriff nicht als exakten Begriff. Der Begriff findet Verwendung im Sinne eines „klinisch erkennbaren Komplexes von Symptomen und Verhaltensauffälligkeiten“, welcher immer auf der individuellen und meist auch auf der sozialen Ebene Belastungen und Beeinträchtigungen zur Folge hat. Soziale Abweichungen oder Konflikte alleine, also ohne persönliche Beeinträchtigung, werden, so Horst Dilling, Werner Mombour und Martin H. Schmidt (1993), nicht als psychische Störung betrachtet (zit. in Klaus Fröhlich-Gildhoff, 2007, S. 20).

Zum anderen hat sich das „Diagnostische und statistische Manual psychischer Störungen“ durchsetzen können, welches in der vierten Version vorliegt (DSM-IV) (S. 21-22).

Das System des ICD ist, so Arolt, Reimer und Dilling (2007) im deutschsprachigen Raum weiter verbreitet. Die Klassifikationssysteme bilden eine „Zusammenfassung von Symptomen, welche die einzelnen Störungsbilder zu beschreiben versuchen“. Die Systeme machen allerdings keine Aussage über die jeweiligen Ursachen und mögliche Therapien.

Auf eine weitere Erläuterung der Klassifikationsinstrumente wird an dieser Stelle verzichtet, da für die Klinische Sozialarbeit die Klassifikation ein Anschlusspunkt zur Medizin darstellt.

Neben dem Begriff der Störung wird oftmals die Bezeichnung „auffällig“ bzw. „Auffälligkeit“ verwendet. Die Definitionen der Begriffe „Störung“ und „Auffälligkeit“ lassen sich nicht klar umreißen, deshalb schlägt Fröhlich-Gildhoff (2007) vor, dass Störungen und Auffälligkeiten unter dem Begriff der Diagnose zusammengefasst werden sollen. Bereits der Terminus von „auffällig“ impliziert, dass der Begriff sich an einer Norm anlehnen muss. Josef W. Egger (1992) unterscheidet den Normbegriff in fünf Ebenen. *Soziale Normen* werden von Bezugsgruppe (Familien, Peer-Groups oder der Gesellschaft) im Sinne von festen Regeln oder Gesetzen aufgestellt. *Statistische Normen*, gehen davon aus, dass bestimmte Verhaltensweisen oder Merkmale gut klassifizierbar sind und somit auch gemessen werden können. Hierbei gilt es aber zu beachten, dass physiologische Merkmale wie Gewicht und Grösse einfacher gemessen werden können, als psychische Merkmale. Egger (1992) definiert weiter die *funktionale Norm*, welche die Normalität durch die Erfüllung der vorgegebenen Anforderungen und Funktionen festsetzt, die *ideale Norm*, welche bestimmte Merkmale als Kennzeichen der Vollkommenheit sieht (z.B. Schönheitsideale) und die *subjektive Norm* welche von einer individuellen, selbstgesetzten Normalität ausgeht, welche sich mit anderen Normen decken kann. Diese mehrniveaunale Betrachtungsweise von Norm beziehungsweise Auffälligkeit zeigt, dass es immer eine Übereinkunft zwischen Menschen ist, welche die Norm bestimmt und somit auch das Abnorme, die Auffälligkeit (S. 303-323).

Eine individuumsübergreifende Betrachtung der Störungen oder Auffälligkeiten würde den Blick öffnen für allgemeine Ursachen und Erklärungszusammenhänge, welche wiederum die Identifizierung von Risiko- und Schutzfaktoren erleichtern und spezifische Therapie- oder Unterstützungsmöglichkeiten eröffnen würden. (Reiner Bastine, 1998, S. 175)

Aus Sicht der Autorschaft ist dieser Ansatz zu begrüßen, da mit dem Fokus auf die Familie, auch Störungen im Familiensystem sicht- und somit behandelbar werden.

Die Autorschaft selber schreibt nicht von „Auffälligkeit“ und „Störung“, da sie diese Begriffe als stigmatisierender als andere empfindet.

Weitere Bezeichnungen sind „psychische Beeinträchtigung“ und „psychische Behinderung“. Die Autorschaft hat sich gefragt, was der Unterschied zwischen Beeinträchtigung und Behinderung ist und hat deshalb die beiden Begriffe nachstehend definiert.

3.1.3 Psychische Beeinträchtigung

Der Begriff „psychische Beeinträchtigung“ ist seit einigen Jahren als Ersatz für den Begriff „psychische Behinderung“ aufgekommen, in der Meinung, dass dies weniger diskriminierend für die Betroffenen sei, so Steiner (2012). Allerdings beziehe sich die Bezeichnung „Beeinträchtigung“ nur auf einzelne Einschränkungen von Funktionen. Dadurch wird sie dem „komplexen Ganzen“ als welches „das Psychische“ betrachtet werden sollte (S. 12).

Die Autorschaft ist der Ansicht, dass obwohl dieser Begriff der Stigmatisierung entgegen wirken kann, er jedoch der Komplexität des ganzen Ausmasses des psychischen Leidens im Sinne eines bio-psycho-sozialen Verständnisses nur ungenügend gerecht wird, da er zu „schwach“ ist.

Aus Sicht der Autorschaft wird der Begriff der Behinderung dem Leiden der Betroffenen eher gerecht. Dr. med. Friedrich Specht, Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie, machte im Jahre 1995 folgende Aussage: „Behinderung ist ein Vorgang und kein Persönlichkeitsmerkmal. Deswegen kann man eine Behinderung nicht haben. Es kann eine Person lediglich behindert werden“ (S. 345). Dieses Zitat findet die Autorschaft sehr passend in Bezug auf die sozialen Auswirkungen, die eine psychische Behinderung mit sich bringt und wenn der Begriff so definiert wird, wie von Dr. Specht ist er, nach Meinung der Autorschaft, auch nicht diskriminierend.

Die Autorschaft sieht die Aufgabe der Klinischen Sozialarbeit unter anderem darin, diese Behinderungen im Alltag, die ein psychisches Leiden zu einer Behinderung machen, zu erkennen und die Betroffenen zu befähigen, zusammen mit dem interdisziplinären Helfersystem, diese zu meistern sowie sozialpolitisch auf Rahmenbedingungen zu achten, welche Menschen in ihrem Leben nicht behindern.

3.1.4 Behinderung

Gemäss Steiner (2012) werden mit dem Begriff der Behinderung die Konsequenzen der psychischen Störung oder Krankheit in den Fokus genommen (S. 12).

Als Behinderung wird grundsätzlich eine „über längere Zeit anhaltende oder dauernde Einschränkung“ verstanden, welche die „Teilhabe und Bedürfnisbefriedigung einschränkt“ (Steiner, 2012, S. 12). Je nachdem mit welchem Blick der Begriff „Behinderung“ definiert wird (medizinisch,

soziologisch, systemtheoretisch oder sozialrechtlich) wird der Begriff unterschiedlich definiert (Dieter Röh, 2009, S. 48 - 52). Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der WHO (2001) kategorisiert die Behinderung einer Person in Bezug auf Funktionalitäten und nicht in Bezug auf eine diagnostizierte Krankheit. Die WHO definiert den Begriff „Behinderung“ nicht mit einem medizinischen, sondern mittels eines bio-psycho-sozialen Verständnisses (S. 5).

3.1.5 ICF

Die deutschsprachige Fassung der ICF (2005) („International Classification of Functioning, Disability and Health“) lautet „Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit“ und wurde von Fachleuten aus Deutschland, Österreich und der Schweiz erarbeitet.

Funktionsfähigkeit ist nach ICF der Oberbegriff aller Körperfunktionen und Aktivitäten sowie der Partizipation. Entsprechend dazu dient Behinderung als Oberbegriff für Schädigungen, Beeinträchtigungen der Aktivität und Beeinträchtigung der Partizipation (vgl. Anhang C).

Die „International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)“ ist die Nachfolgerin der ICIDH („International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps“) von 1980. Die ICF wurde im Mai 2001 von der 54. Vollversammlung der WHO verabschiedet, an der auch Vertreter und Vertreterinnen der schweizerischen Bundesregierung teilgenommen haben.

Das bio-psycho-soziale Modell, das im ICIDH in Ansätzen berücksichtigt wurde, ist mit der ICF erheblich erweitert worden und die ICF wurde damit der Lebenswirklichkeit der Betroffenen besser angepasst.

Die Funktionsfähigkeit und Behinderung eines Menschen wird als eine sogenannte „dynamische Interaktion zwischen dem Gesundheitsproblem und den Kontextfaktoren“ aufgefasst. Die Kontextfaktoren umfassen die personenbezogenen Faktoren (Alter, Geschlecht, Ausbildung, Lebensstil, Motivation, genetische Prädisposition) und die Umweltfaktoren (Faktoren, der materiellen, sozialen und einstellungsbezogenen Umwelt, von denen der ICF eine umfassende Liste enthält). Die Umweltfaktoren stehen in Wechselwirkung mit allen Komponenten der Funktionsfähigkeit und Behinderung.

Behinderung ist gestützt auf die Ausführungen des ICF gekennzeichnet als „das Ergebnis oder die Folge einer komplexen Beziehung zwischen dem Gesundheitsproblem eines Menschen und seinen personenbezogenen Faktoren einerseits und den externen Faktoren andererseits, welche aufzeigen, wie das Individuum lebt“. Daraus lässt sich folgern, dass wegen dieser Wechselbeziehungen

verschiedene Umweltkonstellationen sehr unterschiedliche Einflüsse auf denselben Menschen mit einem Gesundheitsproblem haben können (S. 4-22).

Gesundheitsprobleme (Krankheiten, Gesundheitsstörungen, Verletzungen, usw.) werden innerhalb der Internationalen Klassifikationen der WHO hauptsächlich in der ICD-10 (vgl. Kapitel „ICD-10“) klassifiziert, Funktionsfähigkeit und Behinderung, verbunden mit einem Gesundheitsproblem, sind hingegen in der ICF klassifiziert. Deshalb ergänzen die ICD-10 und die ICF einander, deshalb wird von Fachkreisen empfohlen, beide Klassifikationen gemeinsam zu verwenden.

Die Autorschaft hat sich gefragt, wie Behinderung in der Schweiz definiert wird und hat eine Antwort im schweizerischen Bundesgesetz gefunden.

3.1.6 Definition von Behinderung in der Schweiz

Das schweizerische Bundesgesetz über die Beseitigung von Benachteiligungen von Menschen mit Behinderungen vom 13. Dezember 2002 definiert in seinen allgemeinen Bestimmungen

(Art. 2 Abs. 1) Behinderung folgendermassen:

In diesem Gesetz bedeutet Mensch mit Behinderungen (Behinderte, Behinderter)
eine Person, der es eine voraussichtlich dauernde körperliche, geistige oder psychische
Beeinträchtigung erschwert oder verunmöglicht, alltägliche Verrichtungen
vorzunehmen, soziale Kontakte zu pflegen, sich fortzubewegen, sich aus- und fortzubilden
oder eine Erwerbstätigkeit auszuüben.

Wie es auch dieses Gesetz zeigt, ist die Behinderung eine Folge des psychischen Leidens, weil die betroffenen Menschen in ihrem Alltag eingeschränkt, das heisst behindert werden. Wenn die Autorschaft in der folgenden Arbeit von Behinderung schreibt, dann meint sie damit die durch ein psychisches Gesundheitsproblem verursachten Einschränkungen der Aktivitäten und Beeinträchtigungen der Partizipation der betroffenen Person. Sie schliesst sich damit den obengenannten, umfassenden Definitionen an, welche eine bio-psycho-soziale Sichtweise berücksichtigen. Diese Sichtweise deckt sich mit der Aufgabe der Klinischen Sozialarbeit, welche sich mit den Konsequenzen des gesundheitlichen Problems auseinander setzt und nicht mit dessen Heilung, wie es beispielsweise die Medizin tut. Falls in der Arbeit andere Begriffe verwendet werden, liegt das daran, dass die Autorinnen und Autoren, welche zitiert werden, diese Bezeichnungen verwenden und die Autorschaft bemüht ist, das Zitierte so genau wie möglich wieder zu geben.

Die Fragestellung für diesen Teil der Arbeit beschäftigt sich mit den Faktoren, welche die psychische Gesundheit eines Kindes beeinflussen. Das Kapitel 3.2 widmet sich deshalb diesen Faktoren, das heisst sie werden aufgezeigt und ihre Auswirkungen auf die Psyche eines Kindes werden erläutert. Es

wird allerdings auch darauf hingewiesen, dass nicht alle Faktoren zwingend gesundheitsschädigend sein müssen beziehungsweise sich nicht bei allen Kindern gleich auswirken.

3.2 Faktoren, welche die Psyche von Kindern beeinflussen

3.2.1 Risikofaktoren

Gemäss Sabine Weinberger und Christiane Papastefanou (2008) sind Risikofaktoren, „Einflussfaktoren in der Person oder in der Umwelt, die die Auftretenswahrscheinlichkeit einer psychischen Störung erhöhen“ (S. 261). Nach Kurt Hahlweg und Nina Heinrichs (2007) sind „psychische Probleme“ häufig das Ergebnis eines Vorganges, der oftmals schon im jungen Kindesalter seinen Anfang nimmt (S. 671). Die Entwicklung und das Bestehenbleiben „psychischer Probleme“ ist laut Friedrich Lösel und Doris Bender (2006) von mehreren Faktoren abhängig (zit. in Barbara Fähr, 2009, S. 31).

Biologische und psychosoziale Risikofaktoren spielen bei der „Entstehung und der Aufrechterhaltung“ von „psychischen Störungen“ in Kinderjahren eine wichtige Rolle. Sie lassen sich gemäss Hahlweg (2011) folgendermassen unterteilen (S. 2-3):

- Biologische und genetische Faktoren sowie frühe Entwicklungsrisiken (Einteilung in pränatale, perinatale und postnatale Risiken, das heisst diverse Risiken von der Schwangerschaft bis zu den ersten Entwicklungsjahren gemäss Heidi Schuchardt, 2008, S. 25)
- Frühe Verhaltensaspekte, das gegenseitige Aufeinandereinfließen von Eltern und Kind und familiäre Aspekte
- Soziale Problemlösungsinsuffizienzen, ungenügende Kontrolle der eigenen Impulse und ungenügende Sozialkompetenz, Probleme, die geforderten Leistungen in der Schule zu erbringen

3 Zweiter Teil – Psychische Gesundheit und Behinderung

Martin Baierl (2008) hat die Risikofaktoren für die Entwicklung „psychischer Störungen“ aufgezeigt und diese in körperliche, familiäre, lebensgeschichtliche, soziale Faktoren und Persönlichkeitsfaktoren unterteilt (S. 19).

körperliche Faktoren		
Genetische Veranlagung	Männliches Geschlecht	Geburtskomplikationen
Frühgeburt	Gehirnschäden	Störung des Gehirnstoffwechsels
Motorische Einschränkungen	Wahrnehmungseinschränkungen	Sprachliche Einschränkungen
Ernsthafte und häufige Erkrankungen in der Kindheit	Niedrige Intelligenz	
familiäre Faktoren		
Psychische Störung eines Elternteils	Suchterkrankung eines Elternteils	Schwere körperliche Erkrankung eines Elternteils
Spannungsreiche Elternbeziehung	Scheidung oder Trennung der Eltern	Disharmonisches Familienleben
Wenig Wärme von Seiten der Eltern	Zu enge oder zu lose Bindung an die Eltern	Autoritäres Erziehungsverhalten
Erziehung überwiegend durch Bestrafung	Inkonsistentes Erziehungsverhalten	
lebensgeschichtliche Faktoren		
Konsum von Alkohol, Nikotin oder illegalen Drogen in der Schwangerschaft	Stressbelastung der Mutter während der Schwangerschaft	Verlust der Mutter
Wechselnde Bezugspersonen in den ersten beiden Lebensjahren	Traumatisierung, sexueller Missbrauch, Misshandlung	Starke oder langanhaltende Belastungen
Viele negative Lebensereignisse		
soziale Faktoren		
Ungewollte Schwangerschaft oder uneheliche Geburt	Weniger als 18 Monate Altersabstand zum nächsten Geschwister	Alleinerziehender Elternteil
Sehr junger Vater	Kriminalität eines Elternteils	Schlechte Schulbildung der Eltern

3 Zweiter Teil – Psychische Gesundheit und Behinderung

Niedriger sozioökonomischer Status	Mütterliche Berufstätigkeit im ersten Lebensjahr	Arbeitslosigkeit bei einem Elternteil
Grosse Familien bei wenig Wohnraum	Häufig wechselnde frühe Beziehungen	Wenig oder schlechte Kontakte zu Gleichaltrigen
Mitglied einer Minderheit	Migration	Mangel an kultureller Identität
Verlust des innerethischen Schutzraums	Familie unter institutioneller Begleitung seit mindestens zwei Generationen	Aufwachsen bei Pflegeeltern
Persönlichkeitsfaktoren		
Niedrige Selbstwertgefühl	Geringe Frustrationstoleranz	Unzureichende Stressbewältigungsmechanismen
Geringe soziale Kompetenzen	Geringe Problemlösefähigkeiten	

Tabelle 2: Risikofaktoren für die Entwicklung „psychischer Störungen“, eigene Darstellung in Anlehnung an Baierl, 2008, S. 19

Die Autorschaft ist sich bewusst, dass Baierl in Tabelle 2 eine Übersicht über die bekanntesten Risikofaktoren gibt. Wenn eine bestimmte Voraussetzung als Risikofaktor bezeichnet wird, bedeutet dies allerdings nur, dass eben das Risiko für eine bestimmte Folge besteht, aber nicht, dass diese zwingend eintreten muss. Im Falle der Risikofaktoren von Baierl bedeutet dies, dass beispielsweise ein Kind, das zu früh geboren wird, ungewollt empfangen wurde und einen jungen Vater hat, nicht zwingend an einer „psychischen Störung“ wie von Baierl bezeichnet, leiden wird. Es sind lediglich Faktoren, die dazu führen können. Die Autorschaft weiss aber nun für ihre Fragestellung, dass diverse Risikofaktoren bestehen (die Tabelle von Baierl ist selbstverständlich nicht abschliessend) und erachtet es als wichtig, dass klinisch tätige Sozialarbeitende diese Risikofaktoren kennen und in ihre Arbeit mit den Betroffenen und ihren Familien miteinbeziehen.

Die Familie als Risikofaktor

Gemäss Hahlweg (2011) besteht eine Kausalität zwischen problematischem Verhalten der Kinder, der Erziehung durch die Eltern und den Belastungen in der Familie, die das Kind erlebt. Folgende familiäre Risikofaktoren bestehen (S. 3):

- Inkonsequentes Erziehungsverhalten der Eltern und Strafen
- Ungenügende Kommunikationskompetenzen in der Familie
- Konflikte in der Ehe der Eltern
- „Psychische Störungen“ der Eltern, insbesondere Depressionen der Mutter

Gemäss Hurrelmann (2000) ist der Anteil von Kindern steigend, die wegen der instabilen Beziehung der Eltern, finanziellen Problemen der Familie und inkonsistentem Erziehungsverhalten in der Familie, aber auch in der Schule überfordert sind.

Im Kapitel 3.2.1 fällt der Autorschaft auf, dass die verschiedenen Autoren verschiedene Begriffe verwenden. Weinberger, Papastefanou und Baierl sprechen von Störung, wobei Hahlweg, Heinrichs, Lösel und Bender eher abgeschwächt von psychischen Problemen schreiben. Der Begriff der Störung wurde im vorhergehenden Kapitel definiert. Psychische Probleme können nicht eng definiert werden. Sie können einmalig auftreten und wieder verschwinden oder sie können sich eben zu einer psychischen Störung beziehungsweise psychischen Behinderung auswirken, die das Leben der Betroffenen nachhaltig prägt. Die Autorschaft nimmt an, dass Weinberger, Papastefanou und Baierl den Begriff der Störung verwenden, um darauf aufmerksam zu machen, dass die psychische Gesundheit gestört ist und deshalb den Betroffenen im Alltag behindert. Auffällig ist, dass auch Hahlweg den Begriff der Störung verwendet. Dies ist für die Autorschaft eine Bestätigung dafür, dass viele Begriffe im Alltag synonym verwendet und nicht gemäss Definitionen unterschieden werden.

Dann gibt es neben Risikofaktoren auch sogenannte Stressoren. Diese Begriffe sollten auf keinen Fall synonym verwendet werden, deshalb widmet die Autorschaft das Kapitel 3.2.2 der Definition dem Umgang mit sogenannten Stressoren und ihrer Definition. Sie sind ebenfalls Faktoren, die die psychische Gesundheit eines Kindes beeinflussen können.

3.2.2 Umgang mit Stressoren

Gemäss Aaron Antonovsky (1997) sind Stressoren, „Herausforderungen für die es keine unmittelbar verfügbaren oder automatisch adaptiven Reaktionen gibt“ (S. 43). Viele Stressoren können nicht als eindeutig positiv oder negativ eingeschätzt werden, obwohl man bei einem Stressor tendenziell von etwas Negativem ausgeht (S. 128-130).

Hurrelmann (2000) geht bei einem Stressor von etwas Negativem aus. Es kommt zu sogenannten „Stress-Symptomen“, wenn ein Mensch sich in „ständiger Alarmbereitschaft“ befindet. Wenn dies nur vorübergehend der Fall ist, ist es möglich genügend Energie mobilisieren zu können, um Widerstand leisten zu können und den Krisenzustand zu überwinden. Ist dieser Zustand allerdings von Dauer kann die Psyche nicht ruhen und sich erholen, dies kann zu einer intensiven Erschöpfung mit negativen Auswirkungen auf die psychische Gesundheit kommen. Die Stress-Symptome“ treten auf, wenn die Anpassung (Adaption) an die Situation nicht gelingt (vgl. Abb. 3) (S. 107).

Die Abbildung 3 fasst das Beschriebene zusammen. Eine Belastung oder sogar eine Bedrohung auch Stressor genannt, tritt auf. Die Person, die vom Stressor betroffen ist, möchte die Situation

3 Zweiter Teil – Psychische Gesundheit und Behinderung

bewältigen und wendet einen sogenannten Adaptionsmechanismus an. Ist dieser Mechanismus adäquat und entsprechend erfolgreich wird der Stressor zurückgewiesen. Ist die Intervention allerdings nicht erfolgreich, treten sogenannte Stress-Symptome auf.

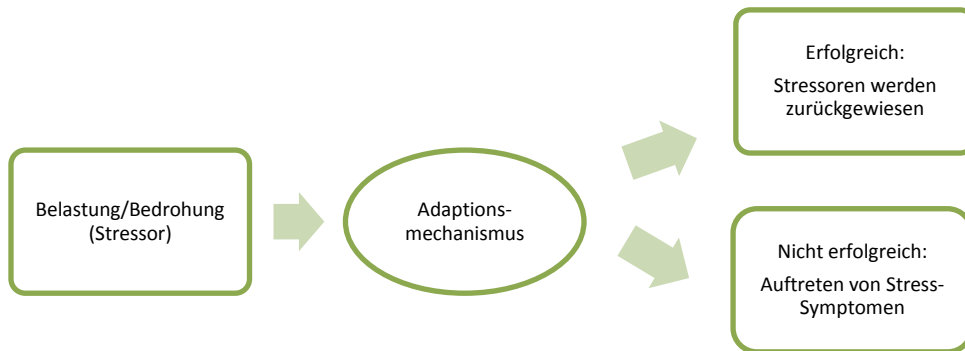


Abbildung 3: Traditionelles Stressmodell, eigene Darstellung in Anlehnung an Hurrelmann, 2000, S. 107

Gemäss Nina Knoll, Urte Scholz und Nina Rieckmann (2005) unterscheidet man zwei „Bewältigungstypen“:

Der sogenannte „Represser“ reagiert auf Stressoren, indem er sie ignoriert, das heisst er gesteht sich die Belastung nicht ein, die von ihnen ausgeht und denkt nicht darüber nach, wie er das Problem lösen könnte. Obwohl er nicht bewusst darüber nachdenkt, versucht natürlich auch der „Represser“ die Situation positiv zu verändern. Dies tut er indem er seine negativen Gefühle versucht schrittweise zu verändern. Es ist eine sogenannte „emotionsorientierte Bewältigung“. Diese Art der Problemlösung ist sinnvoll, wenn die Situation mit den bestehenden Ressourcen gar nicht verändert werden kann.

Demgegenüber steht der „Sensitizer“, der sich dem Stressor stellt. Er versucht durch eine problemorientierte Bewältigung die Situation für sich positiv zu beeinflussen. Diese Strategie ist angemessen, wenn die Situation durch die bestehenden Ressourcen auch tatsächlich bewältigbar ist (S. 110).

Gemäss Richard Lazarus (1991) wird ein Ereignis von verschiedenen Personen unterschiedlich wahrgenommen. Die Schwere oder Bedeutung des Stressors ist abhängig davon, wie die betroffene Person die Situation einschätzt und welche psychischen, sozialen, personalen und kulturellen

3 Zweiter Teil – Psychische Gesundheit und Behinderung

Ressourcen ihr zur Verfügung stehen. Die eingesetzten Bewältigungsstrategien (Coping-Strategien) hängen davon ab. Weder die emotionsorientierte, noch die problemorientierte Strategie, haben im Sinne von Lazarus (1991) Erfolgsaussichten. Entscheidend ist vielmehr, ob ein „Individuum die sozialen und personalen Ausgangsbedingungen so verarbeiten kann, dass es die Kontrolle über seine Lebensführung behalten kann“ (zit. in Hurrelmann, 2000, 111-112). Ein starkes Kohärenzgefühl ist gemäss Antonovsky (1997) keine Bewältigungsstrategie, jedoch wird eine Person mit einem starken Kohärenzgefühl die bestimmte Coping-Strategie auswählen, welche sie für am geeignetsten hält, um mit einem bestimmten Stressor umzugehen (S. 130) (vgl. Kapitel „Salutogenese“/Abb. 6). Die Abbildung 4 zeigt das Ressourcen-Bewältigungsmodell. Ausgangspunkt sind soziale und personale Bedingungen, deren erfolgreiche Handhabung ist das Ziel der Bewältigungsstrategien. Die Effektivität der Bewältigungsstrategien hängt von den sozialen und personalen Ressourcen, der jeweiligen Person ab und ob sie die Fähigkeit besitzt, diese adäquat zu nutzen. Soziale Ressourcen sind vor allem Beziehungen, die mobilisiert werden können. Personale Ressourcen sind die Überzeugung, dass man als Person „selbstwirksam“ ist, ein genügendes Selbstwertgefühl und eine realistische Einschätzung darüber, wie weit man die Situation selber kontrollieren kann (Hurrelmann, 2000, S. 112). Je nach Erfolg der gewählten Bewältigungsmechanismen kommt es zu positiven oder negativen Auswirkungen auf die weitere Persönlichkeitsentwicklung und je nach dem auch zu gesundheits- oder krankheitsfördernden Dynamiken. Die Abbildung 4 zeigt eine ausführlichere Darstellung des Adaptionsmechanismus in Abbildung 4 und man sieht, dass die erfolgreiche oder erfolglose Bewältigung (siehe Abb. 4) zu einer Gesundheits- bzw. Krankheitsdynamik führt (siehe Abb. 4).

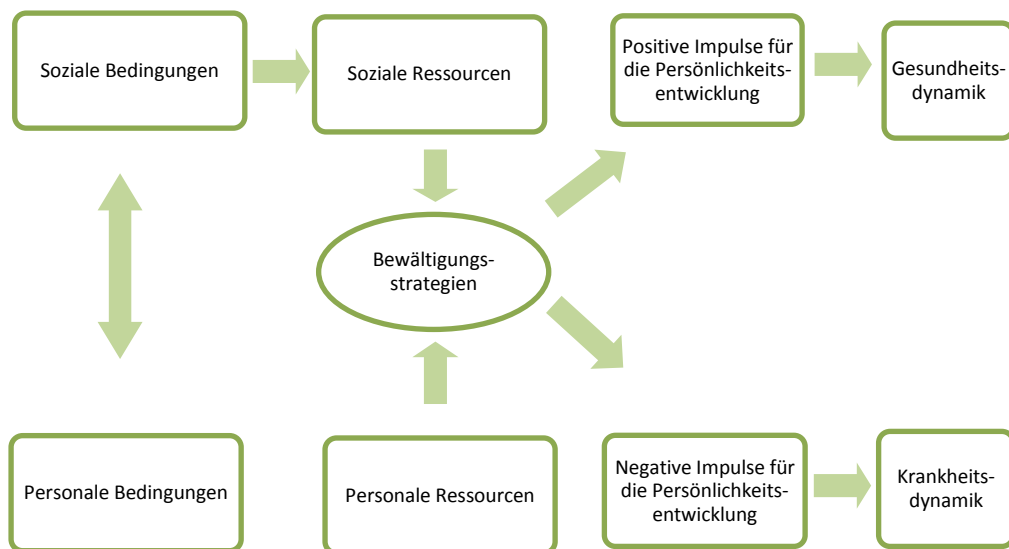


Abbildung 4: Ressourcen-Bewältigungs-Modell, eigene Darstellung in Anlehnung an Antonovsky, 1997, S. 130

Copingmechanismen (Bewältigungsmechanismen) können gemäss Norbert Rückert, Petr Ondracek und Lyudmyla Romanenkova (2007) persönlicher und kollektiver Natur sein. Es sind einerseits individuelle Fähigkeiten und Strategien für die Problemlösung und andererseits die ausreichende Unterstützung durch soziale Beziehungen. Durch soziale Bindungen können Stressoren neutralisiert werden und dadurch kann Bewältigung der Belastungssituation unterstützt werden. Es muss beachtet werden, dass persönliche Copingmechanismen auch ungeeignet und dadurch ineffektiv oder sogar krankheitsverursachend sein können (S. 56).

Im Kapitel 3.2.2 werden vor allem die Begriffe Krankheit und Gesundheit verwendet, da Krankheit im Allgemeinen als das Gegenteil von Gesundheit angesehen wird. Das Kapitel hat gezeigt, dass Stressoren ähnlich wie Risikofaktoren, zwar durchaus negative Auswirkungen auf die psychische Gesundheit haben können, aber nicht zwingend haben. Der Umgang mit ihnen ist von Person zu Person verschieden und deshalb sind auch die Folgen sehr individuell. Die gleichen Stressoren können sehr unterschiedliche Auswirkungen haben.

Der Blick der Autorschaft war bis jetzt eher defizitär auf die Bedrohungen für die psychische Gesundheit eines Kindes gerichtet. Deshalb widmet sie sich im Kapitel 3.2.3 den Schutzfaktoren, welche eine ressourcenorientierte Betrachtungsweise erlauben, diese werden definiert und beschrieben.

3.2.3 Schutzfaktoren

Gemäss Weinberger und Papastefanou (2008) sind Schutzfaktoren, „Einflussfaktoren in der Person oder in der Umwelt, die der Symptombildung entgegenwirken und die Anpassung fördern“ (S. 261). Fröhlich-Gildhoff und Rönnau-Böse (2009) unterscheiden zwischen personalen Ressourcen, dies sind kindbezogene Faktoren (positive Temperamenteigenschaften, intellektuelle Fähigkeiten, Erstgeborenenstatus und weibliches Geschlecht) und Resilienzfaktoren (Selbstwahrnehmung, Selbstwirksamkeit, Sozialkompetenz, Umgang mit Stress, Problemlösung) und sozialen Ressourcen (Familie, Schule, weiteres soziales Umfeld (z.B. Nachbarn). Resilienzfaktoren sind also ein Teil der Schutzfaktoren (S. 29-30).

Baierl (2008) hat Resilienzfaktoren für die Entwicklung „psychischer Störungen“ aufgezeigt und diese in körperliche, familiäre, lebensgeschichtliche, soziale Faktoren und Persönlichkeitsfaktoren unterteilt (S. 20). Resilienzfaktoren sind „Eigenschaften, die ein Kind in der Interaktion mit der Umwelt sowie durch die erfolgreiche Bewältigung von altersspezifischen Entwicklungsaufgaben erwirbt. Sie spielen bei der Bewältigung von schwierigen Lebensumständen eine besondere Rolle.“ (Fröhlich-Gildhoff und Rönnau-Böse, 2009, S. 40).

körperliche Faktoren		
robuste Gesundheit	Körperliche Unversehrtheit	Hohe Intelligenz
familiäre Faktoren		
Wärme und Geborgenheit im Elternhaus	Guter Familienzusammenhalt	Anerkennung und Wertschätzung durch die Eltern
Autoritärer Erziehungsstil	Überschaubare und konsistente Regeln	Flexibles Eingehen auf die Bedürfnisse des Kindes
Ermutigung zur Autonomie	Aufwachsen in einer Grossfamilie	Elterliche Teilnahme an wichtigen Lebensbereichen des Kindes
Erstgeborene(r)		
soziale Faktoren		
Mindestens eine dauerhafte Beziehung zu erwachsener Person, die an das Kind glaubt	Einbindung in religiöse Glaubensgemeinschaft	Gute soziale Einbindung
Fester Freundeskreis	Förderliche Schulumwelt	Bildungsmöglichkeiten
Schulischer oder beruflicher Erfolg	Soziale Förderung	Stabile kulturelle und ethnischer Einbettung
Persönlichkeitsfaktoren		
Eigenständigkeit	Hohles Selbstwertgefühl	Selbstsicherheit
Beziehungsfähigkeit, sichereres Bindungsverhalten	Gute Problembewältigungsstrategie	Frustrationstoleranz
Soziale Kompetenz	Gute soziale Wahrnehmung	Gute Kommunikationsfähigkeit
Problemlösefähigkeit	Konfliktfähigkeit	Viel Eigenaktivität
Ausgeprägte Interessen	Spirituelles/religiöses Weltbild	Erleben eines Lebenssinns

Tabelle 3: Resilienzfaktoren bezüglich psychischen Störungen eigene Darstellung nach Baierl, 2008, S. 20

Die Autorschaft hat bereits die Risikofaktoren nach Baierl aufgezeigt. Dort wurde klar, dass nicht alle Risikofaktoren zwingend zu einer „psychischen Störung“, wie er es bezeichnet führen müssen. Dasselbe gilt auch für die Resilienzfaktoren in Tabelle 3, beispielsweise kann ein Kind sehr behütet aufwachsen und trotzdem psychische Probleme haben. Die Autorschaft ist der Meinung, dass die Aufzählung von Baierl sehr übersichtlich und umfassend ist, allerdings fällt auf, dass er Resilienzfaktoren anders definiert als Fröhlich-Gildhoff und Rönna-Böse. Nach ihrem Verständnis wären die obengenannten Faktoren keine Resilienz-, sondern Schutzfaktoren.

Die Familie als Schutzfaktor

Gemäss Hurrelmann (2004) ist eine „stabile Eltern-Kind-Beziehung die Voraussetzung für die soziale, psychische und physische Entwicklung sowie für die Sicherung der Gesundheit von Kindern“. Die Familie sollte eine schützende und gesundheitsfördernde Funktion übernehmen. Diese Funktion ist sehr umfassend (soziale und materielle Unterstützung, Befähigung zur Problemlösung, Vermittlung einer positiven Kommunikationskultur, usw.) (zit. in Fäh, 2009, S. 40). Nach Joachim Weiss (2001) sind besonders der Zusammenhalt der Familie sowie deren soziale Unterstützung wichtige Einflussfaktoren für die Bewahrung und Rückgewinnung von Gesundheit (zit. in Fäh, 2009, S. 40).

Wie Hurrelmann (2000) ausführt, können in der Kindheit folgende soziale und personale Ressourcen genannt werden, die eine schützende Funktion übernehmen und bei der Bewältigung von Entwicklungsaufgaben unterstützend sind (S. 132):

Soziale Ressourcen	Personale Ressourcen
Gute finanzielle Ausstattung	Erstgeborenenstatus
Hoher Bildungsgrad der Eltern	Positives Temperament (flexibel, aktiv, offen)
Familiärer Zusammenhalt	Überdurchschnittliche Intelligenz
Auf Selbständigkeit orientiertes Erziehungsklima	Positives Selbstbild
Enge Geschwisterbeziehungen	Begabungen (musisch, sportlich)
Vertrauensvolle Beziehung zu einem Erwachsenen ausserhalb der Familie	Prosoziales Verhalten
Guter Freund/gute Freundin	Aktiv-problemlösende Coping-Strategien
Positive Schulerfahrung	Leistungsmotivation
Unterstützende Systeme (Kirche, Sportvereine)	Sicheres Bindungsverhalten

Tabelle 4: soziale und personale Ressourcen, eigene Darstellung

Die Tabelle 4 soll Beispiele aufzeigen, für protektive soziale und personale Ressourcen, welche nichts anderes sind als sogenannte Schutzfaktoren.

Eine weitere Einflussgrösse für die psychische Gesundheit eines Kindes ist die Resilienz. Deshalb widmet ihr die Autorschaft das Kapitel 3.3.

3.3 Resilienz

Gemäss Weinberger und Papastefanou (2008) ist mit Resilienz, „die Fähigkeit einer Person gemeint, ernsthaften Gefährdungen entweder widerstehen zu können, sie zu meistern oder sich wieder davon erholen zu können“ (S. 261). Gemäss Vreny Peter (2011) ist „Resilienz das Geheimnis der inneren Stärke, die seelische Widerstandskraft. Resilienz meint eine psychische Widerstandsfähigkeit von Kindern gegenüber biologischen, psychologischen und psychosozialen Entwicklungsrisiken.“ Es gibt Menschen, die können auch mit enormen psychischen Belastungen umgehen und bleiben dabei doch psychisch gesund, da sie resilient sind. (S. 2).

Nach Hans-Christoph Steinhausen (2002) bezeichnet mit Resilienz sowohl die Aneignung als auch die Nutzbarkeit von Bewältigungsstrategien, um auch unter starker Belastung funktionieren zu können. Da man sich Resilienz aneignen kann, ist sie veränderbar und keine unveränderbare Persönlichkeitseigenschaft (S. 34). Gemäss Judith Jordan (1992) wird Resilienz durch Interaktionen zwischen verschiedenen Menschen entwickelt und gefördert (zit. in Rückert, Ondracek & Romanenkova, 2006, S. 60).

Gemäss Kay Niebank und Franz Petermann (2002) weisen besonders widerstandsfähige beziehungsweise resiliente Kinder folgende Merkmale auf (S. 82):

- Temperamenteigenschaften, auf die andere Menschen positiv reagieren
- Wirksame Problemlösefähigkeiten
- Ein gutes Selbstwertgefühl
- Realistische Pläne für die Zukunft
- Erwachsene, die gut unterstützen
- Eine emotional stabile Beziehung zu mindestens einer Bezugsperson

„Die frühzeitige, lang andauernde, intensive und umfassende Förderung der Kompetenzen der Kinder, der Zugang zu den Eltern (Förderung ihrer Kompetenzen), positive Peer- und Freundschaftsbeziehungen und ein Lernklima das Sicherheit und Stabilität gibt, sind bedeutend für die Förderung von Resilienz“ (Peter, 2011, S. 6).

Das familiäre und schulische Umfeld nimmt für die Gewinnung dieser „Lebenskompetenzen“ eine bedeutende Rolle ein (zit. in Fäh, 2009, S. 36). Gemäss Margherita Zander (2011) verlassen sich Kinder auf drei Quellen von Resilienz, die ihnen vermitteln: „Ich habe...“ (sichere Basis), „Ich bin...“ (Selbstwertschätzung) und „Ich kann...“ (Selbstwirksamkeit).

Ein Kind benötigt nicht zwingend alle diese Sicherheiten, um resilient zu sein – eine alleine reicht allerdings auch nicht aus. Die Eigenschaften, um resilient zu sein, sind nicht einfach zu erwerben. Viele Kinder sind nicht resilient und viele Eltern helfen ihren Kindern nicht dabei, es zu werden, da sie die Resilienz nicht aktiv fördern, ersticken oder beeinträchtigen sie gar oder senden irreführende

Hinweise aus Zander (2011) ist der Meinung, dass dies nicht absichtlich passiert, sondern viele Eltern zu wenig oder gar nichts über Resilienz wissen und deshalb auch nicht wie sie bewusst gefördert werden kann. Sie findet allerdings, dass Kinder resilient werden müssen, um widerstandsfähig und psychisch gesund bleiben zu können. Dazu brauchen sie Erwachsene, die den Erwerb der Resilienz begünstigen (S. 55-56).

Die Autorschaft bildet hier die Checkliste ab, welche auch Zander (2011) in ihrem Buch beschreibt. Sie soll dabei helfen, Anzeichen von Resilienz bei Kindern zu erkennen. Gleichzeitig dient sie natürlich auch dazu, zu erkennen, wenn ein Kind zu wenige dieser Punkte erfüllt und im Erwerb seiner Resilienz eingeschränkt werden könnte und kann sich deshalb für Eltern und Fachpersonen als hilfreich erweisen.

Checkliste

für die Beobachtung der Anzeichen von Resilienz bei Kindern

(gemäss dem internationalen Resilienzprojekt zit. in aus Zander, 2011, S. 99)

- ☒ Das Kind hat einen Menschen, der es vollkommen liebt (bedingungslos)
- ☒ Das Kind hat einen älteren Menschen ausser Haus, mit dem es über seine Gefühle und Probleme reden kann
- ☒ Das Kind wird dafür gelobt, dass es etwas selbständig tut
- ☒ Das Kind kann sich auf seine Familie verlassen, wenn es sie braucht
- ☒ Das Kind möchte so sein, wie ein Mensch, den es kennt
- ☒ Das Kind ist zuversichtlich, dass alles gut wird
- ☒ Das Kind verhält sich liebenswürdig gegenüber anderen, so dass es gemocht wird
- ☒ Das Kind glaubt, dass es eine Macht gibt, welche stärker ist als die sichtbare Welt
- ☒ Das Kind probiert gerne neue Dinge aus
- ☒ Das Kind freut sich über die Erfolge, die es erzielt
- ☒ Das Kind glaubt, dass sein Beitrag zu einer Sache das Ergebnis (positiv) beeinflusst
- ☒ Das Kind mag sich selbst leiden
- ☒ Das Kind kann sich auf eine Sache konzentrieren und zeigt dabei Ausdauer
- ☒ Das Kind ist humorvoll
- ☒ Das Kind macht sich Pläne für seine Unternehmungen

Es gibt nicht nur individuelle Resilienz, sondern auch kollektive. Ein Beispiel dafür ist die familiäre Resilienz. Wissen dazu ist hilfreich für die Arbeit mit Familiensystemen im Kontext der Kinderpsychiatrie.

Familiäre Resilienz

Aus ihrer systemischen Perspektive heraus, spricht Froma Walsh (2003) von einer familiären Resilienz (S. 399/eigene Übersetzung). In diesem „Modell familiärer Resilienz“, wie es Albert Lenz (2010) nennt, werden wirtschaftliche Aspekte und Entwicklungsprognosen dargestellt, mit dem Zweck, die Funktionsweise der Familie in ihrem sozialen Kontext zu verstehen und dadurch ihre Problemlösungsfertigkeiten zu stärken. Familiäre Resilienz beinhaltet hier nicht nur den Blick auf die einzelnen Familienmitglieder als potentielle Schutzfaktoren für die Resilienz des Individuums, sondern richtet die Aufmerksamkeit auch auf das Wechselspiel zwischen der Familie als möglicher Risiko- aber auch Resilienzfaktor (S. 9-10) beziehungsweise Risiko- und Schutzfaktor. Walsh (2003) verknüpft die vorhandenen personalen, familiären und sozialen Schutzfaktoren zu sogenannt „familiären Schlüsselprozessen“. In diesen wirken die Schutzfaktoren in einem komplex vernetzten Prozess aufeinander ein und beeinflussen sich durch die vielfältigen Wechselwirkungen gegenseitig. Sie geht davon aus, dass Schutzfaktoren aufeinander einwirken und sich beeinflussen und dass Krisen und länger dauernde Spannungszustände sich auf die Familie als Ganzes auswirken. Starke familiäre Schlüsselprozesse führen hier zu Entlastung. Durch familiäre Resilienz wird das Familiensystem befähigt, Belastungen zu entkräften, sich nach Krisen zu regenerieren, das Risiko zu verringern nicht mehr zu funktionieren und die Anpassung an neue Lebensumstände zu fördern. Sie hat diese Schlüsselprozesse familiärer Resilienz in drei grosse Bereiche familiärer Funktionsweisen unterteilt: Überzeugungen der Familie, strukturelle und organisatorische Muster, kommunikative Prozesse und Problemlösungen (S. 399-420/eigene Übersetzung).

In den letzten Kapiteln wurden die Faktoren, welche die Psyche beziehungsweise seine psychische Gesundheit beeinflussen, benannt. Wie wird nun aber psychische Gesundheit definiert? Das folgende Kapitel 3.4 soll eine Antwort darauf geben.

3.4 Psychische Gesundheit

Christina Krause, Bernd Fittkau, Reinhard Fuhr und Heinz-Ulrich Thiel (2003) beziehen sich auf die oft zitierte Definition von Gesundheit, wie sie in der Verfassung der WHO von 1946 festgehalten ist:

Die Gesundheit ist ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen. Der Besitz des bestmöglichen Gesundheitszustandes bildet eines der Grundrechte jedes menschlichen Wesens, ohne Unterschied der Rasse, der Religion, der politischen Anschauung und der wirtschaftlichen oder sozialen Stellung. (S. 190)

Positiv an dieser Definition sind die Mehrdimensionalität des Begriffs Gesundheit (bio-psycho-soziales Verständnis), die Berücksichtigung des subjektiven Empfindens (Wohlbefinden), und die Erkenntnis, dass das Fehlen von Krankheit nicht automatisch Gesundheit bedeutet. Kritisiert wird die Beschreibung der Gesundheit als Zustand, denn Gesundheit ist ein Prozess und muss immer wieder neu hergestellt werden. Weiter kann ein vollständiges Wohlbefinden nur utopisch sein (S. 190).

Der Strategieentwurf aus dem Jahre 2004 zum „Schutz, zur Förderung, Erhaltung und Wiederherstellung der psychischen Gesundheit der Bevölkerung in der Schweiz“ der Nationalen Gesundheitspolitik Schweiz orientiert sich an der Definition des „Mental Health Reports“ der WHO von 2001. Dort wird psychische Gesundheit als „das Resultat komplexer dynamischer Interaktionen zwischen biologischen, psychologischen, sozio-ökonomischen, sozio-kulturellen und institutionellen Faktoren bezeichnet. Psychische Gesundheit ist nicht ein Zustand, der sich als Folge von persönlicher Disposition und individuellem Verhalten manifestiert, sondern ein vielschichtiger Prozess, der neben individuellen Aspekten massgeblich von exogenen Faktoren beeinflusst wird“ (S. 18).

Ähnlich wie der Begriff der Krankheit (vgl. Kapitel „Krankheit“) wird der Begriff der Gesundheit kontextabhängig definiert. Gemäss Rolf Meyer und Arnold Sauter (1999) muss bedacht werden, dass Gesundheit in verschiedenen Zeitepochen, Kulturen und Gesellschaften unterschiedlich wahrgenommen und verstanden wurde. So gesehen kann es keine allgemein gültige Definition geben („Grundbegriffe“, ¶13).

Peter Becker (1995) bezeichnet „seelische Gesundheit“ als Fähigkeit einer Person die „externen und internen Anforderungen“ zu bewältigen mit dem „Resultat der optimistischen Stimmung, seelisch-körperlichen Wohlbefindens und selbst- und fremdbezogener Wertschätzung“ (zit. in Hurrelmann, 2000, S. 105). Gemäss Hurrelmann (2000) ist „Gesundheit das Stadium des Gleichgewichts und Krankheit das Stadium des Ungleichgewichts von Risiko- und Schutzfaktoren auf körperlicher, psychischer und sozialer Ebene“ (S. 140).

Die Abbildung 5 veranschaulicht den Prozess vom Gleichgewicht der Risiko- und Schutzfaktoren zum Ungleichgewicht und umgekehrt (vgl. die vorhergehenden Ausführungen zu Risiko- und Schutzfaktoren, Resilienz und Bewältigungsstrategien). Ausgehend vom Gleichgewicht von Risiko- und Schutzfaktoren beziehungsweise vom Stadium der Gesundheit aus wird aufgezeigt, dass ein Übergewicht der Risikofaktoren die Gesundheit stören und es zu einem Frühstadium der Krankheit kommen kann. Wenn sich nichts ändert und es zu einem Ungleichgewicht von Risiko- und Schutzfaktoren kommt, dann befindet sich die betroffene Person im Stadium der Krankheit. Umgekehrt kann es zu einem Abklingen der Krankheit führen, wenn die Risikofaktoren und Schutzfaktoren langsam aber sicher zu einem Gleichgewicht finden. Zuerst nehmen die Krankheitssymptome ab, dann erstarken die Gesundheitspotentiale und dann kommt es zu einem Übergewicht der Schutzfaktoren und die betroffene Person befindet sich wieder im Stadium der Gesundheit. Der Autorschaft ist aufgefallen, dass von einem „Übergewicht“ gesprochen wird, wahrscheinlich ist aber gemeint, dass die beiden „Gewichte“ ausgeglichen werden und es zu einem Gleichgewicht kommt. Ausserdem spricht Hurrelmann vom Stadium während andere Autoren von einem Kontinuum von Krankheit und Gesundheit schreiben, da es weder eine vollständige Gesundheit noch Krankheit gibt (vgl. Kapitel „Salutogenese“).

3 Zweiter Teil – Psychische Gesundheit und Behinderung

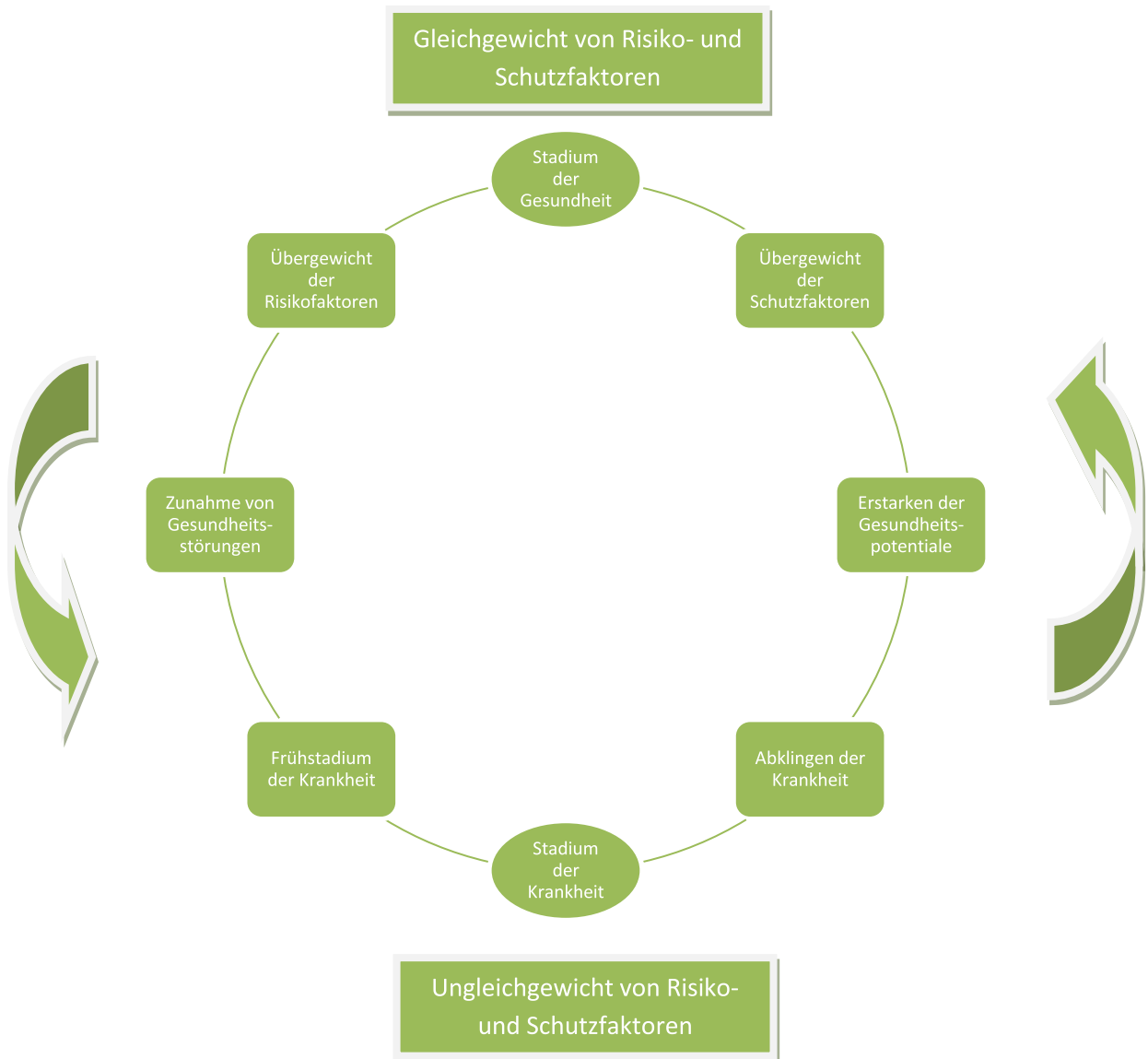


Abbildung 5: Gesundheit und Krankheit als Gleichgewichts-/Ungleichgewichtsstadien, eigene Darstellung in Anlehnung an Hurrelmann, 2000, S. 140

Rückert et al. (2006) gehen bei der Beurteilung von Gesundheit von folgenden Faktoren aus (S. 30):

- *Subjektorientierung*: Unterscheidet zwischen Gegebenheiten, die sich ändern können wie Schmerz, Freude, usw., aber auch solchen, die nicht geändert werden können, wie Geschlecht, Alter, usw.
- *Lebensweltorientierung*: Hier wird berücksichtigt, dass Gesundheit wie auch Krankheit vom sozialen und kulturellen Umfeld (Milieu) beeinflusst werden, sowie von den Möglichkeiten es zu gestalten und daran teilzuhaben. Die Sozialarbeit sollte sich hier bewusst sein, dass sie auch ein Teil der Lebenswelt der Adressaten und Adressatinnen werden kann (Kybernetik zweiter Ordnung).
- *Objektorientierung*: Berücksichtigt, dass es Dinge gibt, die auf eine Person wirken, egal wie sie sie interpretiert, das heisst schädlich oder förderlich. Beispiele dafür sind die Natur, gesellschaftliche Strukturen, materielle Güter, der eigene Körper, usw.

Klaus Grawe (2004) definiert vier psychische Grundbedürfnisse, deren Zuwiderhandlung oder langfristige Nichterfüllung zu Schäden der psychischen Gesundheit führen können. Es sind die Bedürfnisse nach „Orientierung und Kontrolle“, nach „Lustgewinn und Unlustvermeidung“, das „Bindungsbedürfnis“ und „das Bedürfnis nach Selbstwerterhöhung und Selbstwertschutz“ (S. 185).

Gesundheit von Kindern

Gemäss Kerstin Horch und Ingrid Schubert (2004) wird das kindliche Gesundheitsverhalten durch den in der Familie stattfindenden Sozialisationsprozess vermittelt und erworben. Schon Kleinkinder übernehmen von den Eltern die Muster von „Hygiene, Ernährung, Bewegung und Tagesrhythmus“ und eignen sich diesen an. (S. 25-27).

Gemäss Hurrelmann (2000) sind Jungen im Kindesalter körperlich und psychisch verletzlicher als Mädchen. Er geht davon aus, dass sich die grössere Empfindlichkeit der Jungen gegenüber Risikofaktoren, sich in ihrer „stärkeren Belastung mit neuronalen und emotionalen Störungen, Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsproblemen und unangemessenem sozialen und aggressiven Verhalten ausdrückt“ (S. 51).

Es kann von sogenannten psycho-sozio-ökosomatischen Gesundheitsstörungen bei Kindern gesprochen werden (siehe hierzu Hurrelmann, 2000, S. 52).

Im Folgenden werden drei Modelle vorgestellt, die sich mit der Entstehung von Gesundheit beschäftigen, vorgestellt. Das erste ist das bekannte Modell der Salutogenese nach Antonovsky. Es berücksichtigt, dass Gesundheit kein Zustand, sondern ein Prozess ist.

3.5 Salutogenese

Gemäss Antonovsky (1979) ist aus Sicht der Salutogenese (Gesundheitsentstehung, abgeleitet von lat. *salus* für Gesundheit, Wohlbefinden und *genese* aus dem Griechischen für Geburt, Ursprung, Entstehung) mit Gesundheit nicht einfach das Fehlen von Krankheit gemeint, sondern das individuelle Wohlbefinden, welches auch ohne körperliche Erkrankungen sehr unterschiedlich wahrgenommen werden kann (zit. in Fäh, 2009, S. 24). Die Salutogenese ist gemäss Hurrelmann (2000) ein Gegenstück zur Pathogenese (Krankheitsdynamik). Die zentrale Fragestellung ist nicht, wie eine Person krank wird, sondern warum Menschen trotz vielfach vorhandener Risikofaktoren gesund bleiben können (S. 119-120). Gesundheit wird in dem Modell der Salutogenese als labiles, aktives und dynamisches Geschehen dargestellt. Gemäss Fäh (2009) entsteht der individuelle Gesundheitszustand eines Menschen durch die „dynamische Wechselwirkung“ zwischen internen und externen, belastenden und entlastenden oder schützenden Faktoren (S. 24). Beim Salutogenese-Modell gibt es keine eindeutige Trennung von Gesundheit und Krankheit, vielmehr ist es ein Kontinuum zwischen Wohlbefinden (Gesundheit) und Missbefinden (Krankheit). Absolute Gesundheit beziehungsweise Krankheit sind dabei nicht realistisch (Hurrelmann, 2000, S. 124). Das Herzstück des Modells sind die sogenannten generalisierten Widerstandsressourcen, welche sich in fünf Gruppen unterteilen lassen:

- „Körperliche/konstitutionelle Ressourcen“
- „Personale und psychische Ressourcen“
- „Interpersonale Ressourcen sowie soziale Unterstützung“
- „Soziokulturelle Ressourcen“
- „Materielle Ressourcen“

Diese Ressourcen umschreiben das Potential mit biologischen, psychischen und sozial-ökonomischen Spannungen und Belastungen zurechtzukommen. Sind diese Ressourcen in ausreichender Zahl vorhanden, können Menschen ein sogenanntes Kohärenzgefühl („sense of coherence“, SOC) entwickeln, festigen und bleibend aufrechterhalten. Gemäss Martin Hafen (2007) ist dieses Kohärenzgefühl die zentrale Widerstandsressource (der zentrale Schutzfaktor) für die Abwendung von Krankheit beziehungsweise die Gewinnung von Gesundheit. Es erlaubt den Menschen negative Stressoren so zu verarbeiten, dass die Gesundheit nicht vermindert, sondern gefördert und Krankheiten nicht gefördert, sondern verhindert werden (S. 98).

3 Zweiter Teil – Psychische Gesundheit und Behinderung

Die wichtigsten Faktoren dieses Kohärenzgefühles sind (S. 98):

Verstehbarkeit („sense of comprehensibility“): Fähigkeit, Stimuli als geordnete konsistente und strukturierte Informationen verarbeiten zu können

Handhabbarkeit („sense of manageability“): Die Überzeugung, dass ausreichende Ressourcen (bei einem selbst oder anderen) vorhanden sind, um Schwierigkeiten zu begegnen

Sinnhaftigkeit/Bedeutsamkeit („sense of meaningfulness“): Das Ausmass in dem man das Leben emotional als sinnvoll empfindet und entsprechend bereit ist Energie in die gestellten Probleme und Anforderungen zu investieren

Gemäss Hurrelmann (2000) kann ein Mensch mit einem starken Kohärenzgefühl in einer belastenden Situation unter grossen Herausforderungen diejenigen Ressourcen mobilisieren, die am besten geeignet sind, um mit einem sogenannten Stressor umzugehen (S. 122) (vgl. Kapitel „Umgang mit Stressoren“).

Die Abbildung 6 zeigt eine vereinfachte Darstellung des Modells der Salutogenese nach Antonovsky. Positive Lebenserfahrungen (A) prägen das Kohärenzgefühl. Positive Lebenserfahrungen werden durch die generalisierten Widerstandsressourcen (B) ermöglicht. Damit Widerstandsressourcen entstehen können, brauchen sie eine Quelle (C). Solche Quellen sind beispielsweise die Erziehung, der soziokulturelle Lebenskontext, die eigene Einstellung, körperliche Voraussetzungen, usw.

Inwieweit die Widerstandsressourcen genutzt werden können, hängt vom Kohärenzgefühl ab (D). Hier kann ein „Teufelskreis“ entstehen, wenn durch zu wenige Widerstandsressourcen ein schwach ausgeprägtes Kohärenzgefühl besteht.

Stressoren (E) führen zu Spannungszuständen und die mobilisierten Widerstandsressourcen helfen beim Umgang mit den Stressoren (F) und dem Spannungszustand (G).

Eine erfolgreiche Bewältigung des Spannungszustandes (H) hat eine stärkende Wirkung auf das Kohärenzgefühl und die Person wird auf dem Kontinuum als gesund (I) eingestuft. Dies fördert die Generierung neuer Widerstandsressourcen (K).

Eine erfolglose Spannungsbewältigung führt allerdings zu einem Stresszustand (J) und dazu, dass die betroffene Person auf dem Kontinuum als krank eingestuft wird.

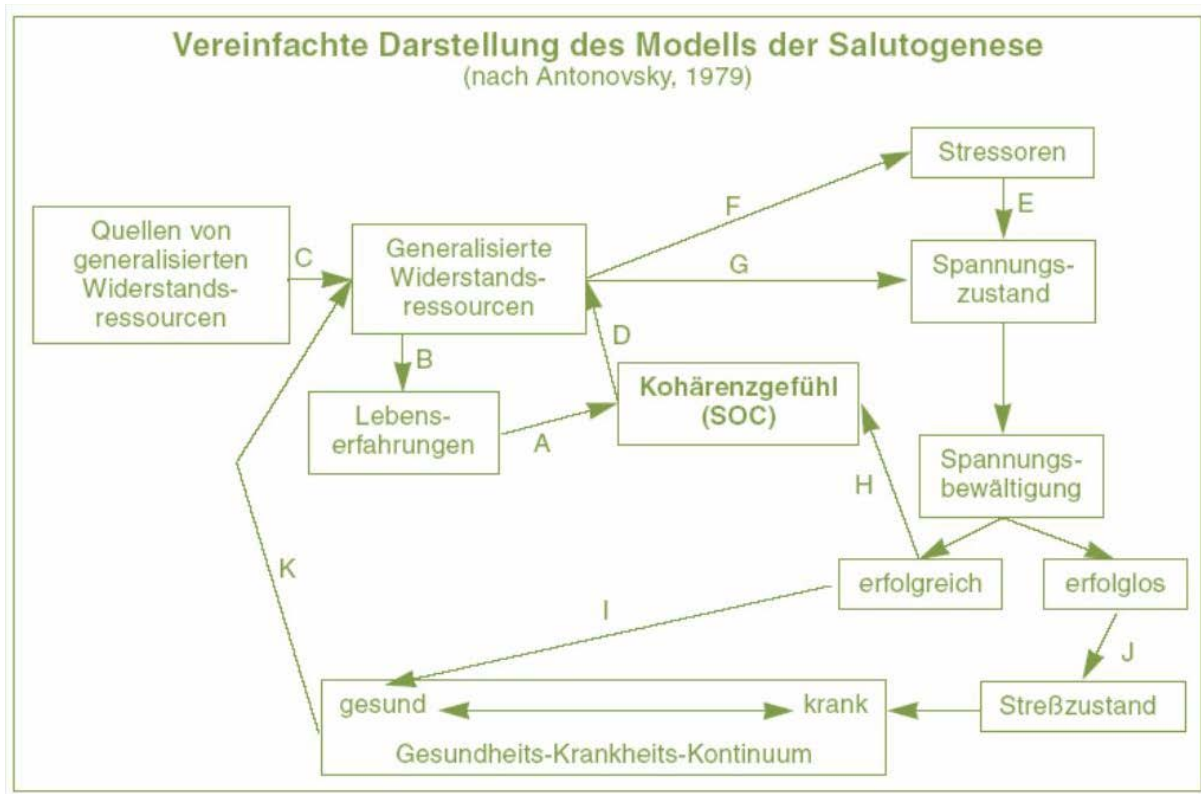


Abbildung 6: Vereinfachte Darstellung des Modells der Salutogenese nach Antonovsky, 1979 gefunden unter www.unifr.ch

Dieses ressourcenorientierte Modell der Salutogenese ist für die Klinische Sozialarbeit von Bedeutung, da es aufzeigt, wie die „psychosoziale Gesundheit“ durch das Einsetzen von Ressourcen und Bewältigungsstrategien beibehalten oder sogar gefördert werden kann (Geissler-Piltz, Mühlum & Pauls, 2005, S. 28). Klinische Sozialarbeit sollte sich vom „pathogenetischen Krankheitsmodell der Medizin“, welches nach Erklärungen sucht, weshalb Menschen erkranken, distanzieren. Sie sollte sich vielmehr an der salutogenetischen Denkweise orientieren und ihr Augenmerk darauf richten, wie Menschen ihr Leben trotz all seiner Anforderungen bewältigen und ihre Beziehungen (familiäre, soziale und kulturelle) wirksam gestalten können (S. 25). Gemäss Hafen (2007) wird Gesundheit als Kontinuum verstanden und nicht als Zustand. Von „Genese“ (Erschaffung) kann also keine Rede sein. Salutogenese und Pathogenese können nicht als sich gegenseitig ausschliessend, sondern sollen als zwei Seiten einer Unterscheidung betrachtet werden. Das bedeutet, dass auch beim salutogenetischen Denken nicht darauf verzichtet werden kann, einen Blick auf die Krankheiten zu richten, die es zu verhindern gilt, indem Schutzfaktoren gefördert und Risikofaktoren vermindert werden (S. 96-97).

Peter-Ernst Schnabel (2001) hat das Modell der Salutogenese auf die Familie angewandt. Er hat versucht möglichst viele derjenigen Einflussfaktoren in Beziehung zueinander zu setzen, die auf Seiten der Familie an der Herstellung und Aufrechterhaltung von Gesundheit beteiligt sind. Er ist der

Meinung, dass man sich nur eine realistische Vorstellung davon machen kann, welche Faktoren geeignet sind, die Gesundheit unter Berücksichtigung der Familie zu fördern, wenn man sich nicht mit den Faktoren zufrieden gibt, die Einzelne oder die ganze Familie gegenüber Belastungen widerstandsfähiger machen. Er sagt, dass Widerstandsfähigkeit ein Zustand ist, der von Menschen unter dem ständigen Einfluss von Systemen in denen sie sich befinden, immer wieder hergestellt werden muss. Wie viel Gesundheit erzeugt oder aufrecht erhalten werden kann, ist davon abhängig, wie viele Belastungen von Menschen und Systemen bewältigt werden können, wie viele individuelle und systemische Ressourcen dabei verbraucht werden und wie viele Ressourcen dem System und seinen Mitgliedern verbleiben, um sie künftig einsetzen zu können. Er berücksichtigt deshalb nicht nur die Entlastungs-, sondern auch auf die Belastungsfaktoren (S. 122-124).

Das zweite Modell ist das Anforderungs-Ressourcen-Modell nach Becker. Obwohl es stark an das salutogenetische Modell nach Antonovsky erinnert, wird hier aber trotzdem vorgestellt, da es einen anderen Ausgangspunkt hat als das Salutogenese-Modell. Wie beim Modell der Salutogenese stellt sich auch bei diesem Modell die Frage nach den Anforderungen, die an eine Person gestellt werden und wie diese Person mit ihren zur Verfügung stehenden Ressourcen, diese Anforderungen meistert. Allerdings ist hier anstatt das Kohärenzgefühl, der aktuelle Gesundheitszustand der zentrale Ausgangspunkt.

3.6 Anforderungs-Ressourcen-Modell

Das Anforderungs-Ressourcen-Modell nach Becker (1992) (vgl. Abb. 7) hat gemäss Fähr (2009) wesentlich zum Verständnis von Entstehungs- und Erhaltungsbedingungen von Gesundheit beigetragen. Das Modell besagt, dass der jeweilige Gesundheitszustand einer Person abhängig davon ist, wie ein Individuum mit den Anforderungen des Lebens unter Zuhilfenahme seiner individuellen Ressourcen umgeht. Es zeigt also auf, wie eine Person gesund bleiben kann, obwohl sie stark psychisch belastet wird (beispielsweise durch Stressoren oder indem sie durch Risikofaktoren gefährdet ist oder wie im Modell genannt sogenannte Anforderungen). Ihr Gesundbleiben hängt von Schutzfaktoren und ihrer Resilienz ab (im Modell Ressourcen genannt). Dieses Modell zeigt, dass Gesundheit kein Zustand (obwohl im Modell als Gesundheitszustand bezeichnet), sondern ein dynamischer Prozess ist, denn Anforderungen wie auch Ressourcen können sich ändern und dadurch den gesundheitlichen Zustand einer Person verändern. Zentraler Ausgangspunkt des Modells ist der aktuelle Gesundheitszustand (vgl. Abb. 7). Indikatoren für diesen Zustand sind gemäss Becker (1992) das subjektive Wohlbefinden, allfällige körperliche Beeinträchtigungen, aber auch das Zurechtkommen mit den mannigfaltigen sozialen Rollen. Auch das Bio-psycho-soziale-Modell

beschäftigt sich mit den körperlichen, aber auch psychischen und sozialen Ebenen der Gesundheit (vgl. Kapitel „bio-psycho-soziales-Modell“).

Durch die internen und externen Anforderungen, welche an die Person gestellt werden, kann eine für sie belastende Situation entstehen (siehe links in der Abbildung). Interne und externe Ressourcen (siehe oben, unten und rechts im Modell) erleichtern die Bewältigung der gestellten internen und externen Anforderungen. Ihr alleiniges Vorhandensein reicht allerdings nicht aus, um gesund zu bleiben. Der aktuelle Gesundheitszustand hängt viel mehr davon ab, wie ein Mensch mit den an ihn gestellten Anforderungen umgeht und wie er seine Ressourcen einsetzt (zit. in Fäh, 2009, S. 20-21).

Das aktuelle Verhalten und Erleben eines Individuums wird gemäss dem Modell von Becker von zwei wichtigen Faktoren bestimmt: Dem habituellen Gesundheitsverhalten und der seelischen Gesundheit (von anderen Autoren als psychische Gesundheit bezeichnet) als Eigenschaft. Mit dem habituellen Gesundheitsverhalten sind die Massnahmen gemeint, die eine Person ergreift zur Förderung ihrer Gesundheit. Seelische Gesundheit ist ein personenspezifisches Merkmal der Protektivität und wird auch als Resilienz bezeichnet (Fäh, 2009, S. 20-21). Die jeweiligen Pfeile im Modell zeigen auf, wie die verschiedenen Faktoren miteinander verbunden sind beziehungsweise sich gegenseitig beeinflussen.

Anforderungs-Ressourcen-Modell nach Becker (1992)

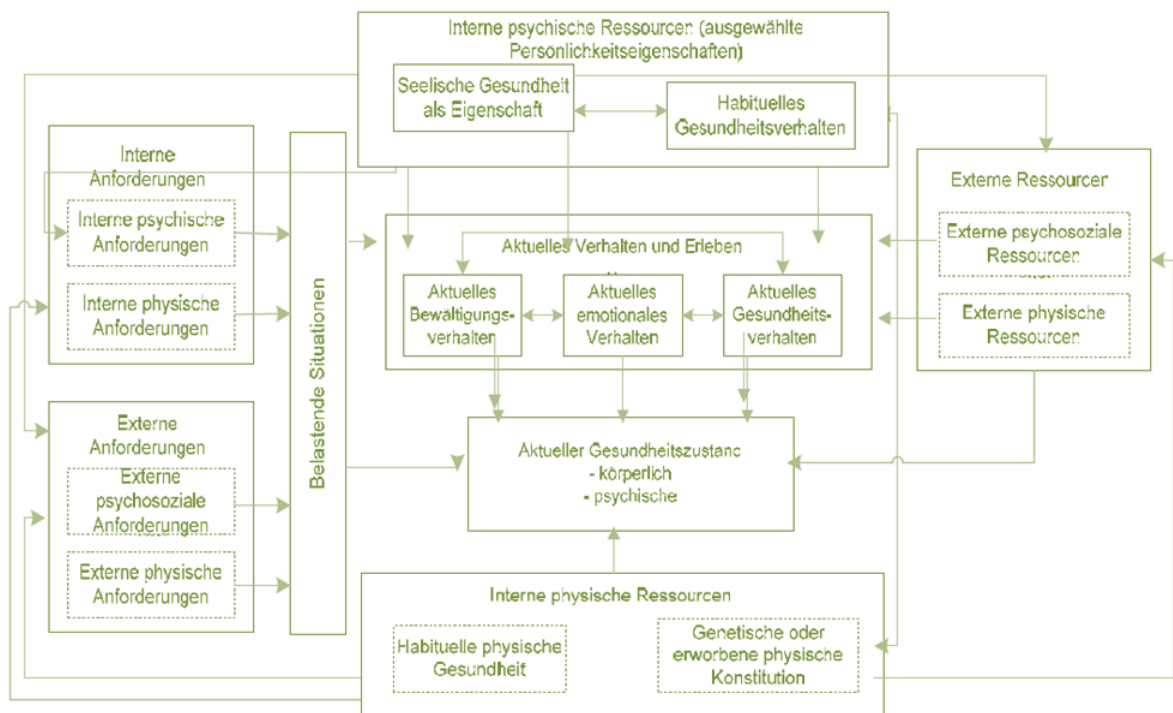


Abbildung 7: Anforderungs-Ressourcen-Modell nach Becker (1992) zit. in Fäh, 2008, S. 12

Das dritte Modell ist das bio-psycho-soziale Modell. Das bio-psycho-soziale Verständnis ist seit der Psychiatriereform und der Entstehung der sogenannten Sozialpsychiatrie (vgl. Kapitel „Sozialpsychiatrie“) ein Thema und spielt für die Klinische Sozialarbeit eine bedeutende Rolle, da sie dafür plädiert, dass alle Disziplinen in der Psychiatrie diese Sichtweise einnehmen sollten bei der Behandlung von psychisch behinderten Personen.

3.7 Bio-psycho-soziales-Modell

Das Modell beruht auf der Weiterentwicklung der Gesundheitsdefinition der WHO von 1948 (vgl. Kapitel „Psychische Gesundheit“). In der Definition der WHO wird Gesundheit als „Zustand des umfassenden, körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens“ bezeichnet. Dadurch wird die psychosoziale Dimension der Gesundheit betont und sich vom rein körperlichen Krankheitsverständnis distanziert. Dies beruht auf der Erkenntnis, dass Gesundheit nicht allein biologisch begründbar ist, sondern auch von der individuellen Lebenswelt und den jeweiligen Bewältigungsstrategien abhängig ist (Geissler-Piltz, Mühlum & Pauls, 2005, S. 21). Der Psychosomatiker George Engel (1977) entwickelte das bio-psycho-soziale Modell und suchte nach Verbindungen zwischen natur- und sozialwissenschaftlichen Erklärungen für Erkrankungen (zit. in Geissler-Piltz, Mühlum & Pauls, 2005, S. 22). Die Abbildung 8 zeigt, dass sich die körperliche (bio) Ebene, die psychische Ebene und die soziale Ebene gegenseitig beeinflussen und miteinander verbunden sind. Ausserdem gibt es diverse Faktoren, welche sich noch zusätzlich in der jeweiligen Ebene beeinflussen. Also hängt im Modell von Engel beispielsweise die soziale Lage von der Familie, der Gemeinde und dem Staat also dem Wohnort beziehungsweise der Wohnsituation ab. Wenn wir davon ausgehen, dass ein Kind in einem sozial benachteiligten Milieu aufwächst und dadurch in der Schule stigmatisiert wird, kann man davon ausgehen, dass es dadurch psychisch belastet ist und sich diese Belastung durch körperliche Symptome oder eher psychosomatische Symptome, wie beispielsweise Magenschmerzen bemerkbar machen kann.

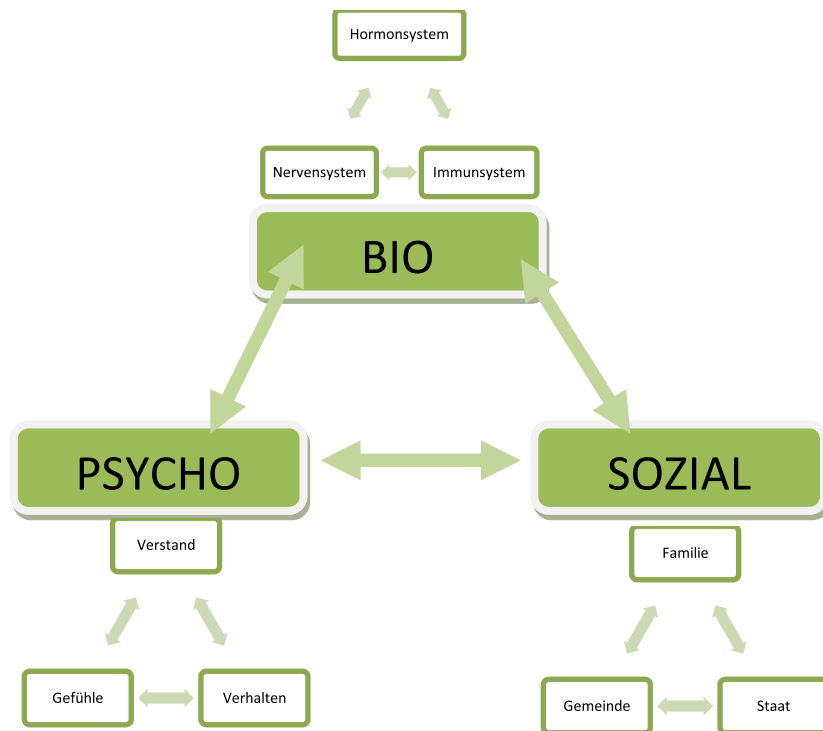


Abbildung 8: Bio-psycho-soziales Modell, eigene Darstellung in Anlehnung an Engel, 1977, zit. in Barbara Beck und Michael Borg-Laufs, 2010, S. 66

Alle am bio-psycho-sozialen Gesundheits- und Krankheitsgeschehen beteiligten Disziplinen und Wissenschaften sind deshalb gefordert, ihr disziplinäres Denken zu erweitern und die verschiedenen Ebenen in ihre Behandlung zu integrieren (Geissler-Piltz, Mühlum & Pauls, 2005, S. 23). Für die Sozialarbeit heisst das gemäss Mühlum (2002), dass sie ihr Augenmerk nachdrücklicher auf das (Psycho-)Soziale richten muss, während sich die Medizin vor allem auf das Körperliche (bio) bezieht (S. 13). Gemäss Wolfgang Schwarzer (2011) meint psychosozial die „Wechselbeziehungen zwischen der psychischen Innenwelt und der äusseren, sozialen Umwelt“ (S. 25). Der Blick der Klinischen Sozialarbeit sollte sowohl auf die bio-psycho-soziale Ausstattung des Betroffenen gerichtet sein, wie auch auf den sozialen und materiellen Kontext und dessen gesellschaftlich strukturellen und kulturellen Bedingungen. Nur diese integrative Sicht- und vor allem Handlungsweise beinhaltet die Chance, dass sich die Sozialarbeit aus dem medizinischen System befreien und dennoch klinisch wirksam sein kann (Geissler-Piltz, Mühlum & Pauls, 2005, S. 12/S. 28). Die untenstehende Tabelle 5 zeigt die bio-psycho-soziale Gleichzeitigkeit, welche Soziale Arbeit leisten sollte anhand von Beispielen und indem sie aufzeigt, bei welcher Ebene die Soziale Arbeit jeweils ihren Fokus setzen sollte.

Bio-psycho-soziale Gleichzeitigkeit Sozialer Arbeit

	Biologisches	Psychisches	Soziales
Fokus	gesundheitliche Fragen, körperliche/physische Bedürfnisse	psychische/emotionale Fragen, psychische/emotionale Bedürfnisse	soziale Fragen, soziale Bedürfnisse
Beispiele	Ausstattung mit (gesunder) Nahrung, Kleidung, Wohnraum, etc. / (angemessener) Umgang mit dem eigenen Körper, mit Krankheiten, etc.	kognitive und emotionale Bewältigung/Verarbeitung von Ereignissen (Ängste, etc.)	soziale Beziehungen in der Familie oder durch Freunde (Integration) / Zugang zu sozial-ökonomischen Ressourcen (Inklusion)

Tabelle 5: Bio-psycho-soziale Gleichzeitigkeit Sozialer Arbeit in Anlehnung an Geissler-Piltz, 2005, S. 85

Der zweite Teil soll die Antwort auf die Frage liefern, welche Faktoren, die psychische Gesundheit eines Kindes beeinflussen. Eine allgemein gültige Antwort kann darauf nicht geliefert werden. Psychische Behinderung ist sehr individuell in ihrem auftreten und in ihrer Entstehung, welche multifaktoriell bedingt ist. Wie aufgezeigt wurde, ist das Thema der psychischen Gesundheit ein sehr Komplexes. Nur schon die Definitionen sind schwierig zu bestimmen, da viele Begriffe, wie Gesundheit, Krankheit, Behinderung, usw. unterschiedlich definiert, verwendet und verstanden werden. Um Klarheit zu schaffen, hat die Autorschaft das Kapitel 3.1 der Klärung dieser Begriffe gewidmet und sich für den Begriff der psychischen Behinderung entschieden. Es folgte das zentrale Kapitel 3.2 für die Beantwortung der Fragestellung. Dieses zeigte auf, dass Risiko- und Schutzfaktoren und Stressoren, die psychische Gesundheit eines Kindes beeinflussen, allerdings wurde auch klar, dass der Umgang mit diesen Faktoren sehr individuell ist und nur durch ihr reines Vorhandensein keine Aussage darüber gemacht werden kann, ob jemand gesund oder krank ist. Vielmehr hat es damit zu tun, wie resilient jemand ist und wie er mit den Belastungen, die ihn konfrontieren, umgehen kann. Dazu dienen ihm sogenannte Widerstandsressourcen und Bewältigungsstrategien auch coping-Strategien genannt. Die Modelle der Salutogenese das Anforderungs-Ressourcen-Modell und das Bio-psycho-soziale-Modell zeigen die Wechselwirkungen dieser verschiedenen Faktoren auf und wie sie die psychische Gesundheit eines Menschen beeinflussen können. Es gibt, wie bereits erwähnt, keine pauschale Antwort darauf, welche Faktoren, die psychische Gesundheit eines Kindes

beeinflussen, es liegt viel mehr daran, wie das Kind mit diesen Faktoren umgeht beziehungsweise diese nutzt. Wenn die Klinische Sozialarbeit den Behandlungsprozess in der Kinderpsychiatrie massgeblich mitgestalten will, muss sie sich dessen bewusst sein und die entsprechenden Faktoren und Modelle kennen.

Der nächste Teil widmet sich der Familie, da das Ziel der Arbeit ist, dem Familiensystem mehr Beachtung zu schenken, als dies üblicherweise im Klinikalltag der Fall ist, wo oftmals der Patient oder die Patientin stark im Fokus der Aufmerksamkeit steht und die Familie zu wenig beachtet wird. Das Miteinbeziehen der Familie sieht die Autorschaft als eine zentrale Aufgabe der Klinischen Sozialarbeit an. Allerdings muss dabei beachtet werden, dass eine psychische Behinderung nicht nur das betroffene Kind tangiert, sondern auch Auswirkungen auf seine Familie hat, deshalb wird diesem Thema ein entsprechendes Kapitel gewidmet. Die Familie ist im Bewältigungsprozess eine wichtige Ressource und es ist eine Aufgabe der Klinischen Sozialarbeit Unterstützung zu bieten und einen Beitrag zu leisten, damit die Familie des Kindes gesund bleibt. In Bezug auf die Hauptfragestellung kann gesagt werden, dass die Klinische Sozialarbeit durch ihr Bewusstsein, der multifaktoriellen Bedingtheit psychischer Behinderung einen wesentlichen Beitrag leisten kann im Helfersystem der Kinderpsychiatrie.

Dritter Teil:

Das Familiensystem



«Es gibt nichts, das höher, stärker, gesünder und nützlicher für das Leben wäre als eine gute Erinnerung aus der Kindheit, aus dem Elternhause.»

Fjodor M. Dostojewski

4 Dritter Teil – Die Familie

Nachstehend wird der systemische Ansatz von Urie Bronfenbrenner herangezogen, um die Lebenswelt einer Familie zu veranschaulichen. In einem nächsten Schritt wird die Familie selber als System beleuchtet und es wird geklärt, wie sich die Familie auf die psychische Gesundheit eines Kindes auswirkt. Dies wird dargelegt, anhand der Ansätze der Entwicklungspsychologie nach Erik H. Erikson, einer Übersicht der kindlichen Grundbedürfnisse und der Definition des Kindswohls. Basierend auf diesen Ausführungen, wird die Bedeutung der Eltern-Kind-Bindung beleuchtet und es wird der Frage nach den Auswirkungen auf die Familie nachgegangen, wenn ein Kind psychisch behindert ist. Dazu wird eine Möglichkeit vorgestellt, diesen Auswirkungen von fachlicher Seite her zu begegnen.

4.1 Das Familiensystem

4.1.1 Definition von Familie

Weder in der Alltagssprache noch in der Wissenschaft herrscht eine allgemein anerkannte Definition des Begriffs Familie (Rosemarie Nave-Herz, 2004, S. 30; Alberto Godenzi, 1994, S. 39). Es gibt nicht viele Begriffe wie jener der Familie, welcher dem Mensch so vertraut und geläufig ist (Simone Menz, 2009, S. 63) und nach Frank Nestmann (1999) von den meisten Menschen als „selbstverständliche Realität“ betrachtet (S. 215). Karl Lenz (2002) plädiert gar für eine Abschaffung des Begriffs der „Familie“ in der Soziologie. Da, so Lenz weiter, die Familie im klassischen Verständnis auf eine Ehe zwischen Mann und Frau und leibliche Kinder reduziert werde. In der Vergangenheit entsprach diese Konstruktion bzw. Definition sicherlich häufig der Realität. Eine Enthistorisierung würde nach Lenz (2002) zu einer Gleichsetzung der Begriffe „Familie“ und „Kernfamilie“ führen und hierbei ein universaler Status generieren, welcher geschichtliche, geographische oder kulturelle Besonderheiten obsolet werden liesse. Mit der heutigen soziologischen Verwendung des Begriffs von „Familie“ werden Ein-Eltern-Familien oder Familien mit adoptierten Kindern ein Familienstatus abgesprochen, da die Ehe beziehungsweise das gemeinsame Produkt eines Kindes nicht zum Tragen kommt. Das Produkt eines Kindes soll heissen, die biologische Elternschaft, welche nach Lenz vom Familienbegriff entkoppelt werden sollte. Elternschaft kann sich somit nicht nur biologisch sondern auch sozial konstruieren was beispielsweise Stieffamilien einen Familienstatus zugesteht. Familien ohne biologische Elternschaft kann es geben, so Lenz (2002), aber keine Familie ohne soziale Elternschaft. (zit. in Jan H. Marbach, 2008, S. 15).

Nave-Herz (2004) schreibt hierzu, dass die Familiensoziologie systemtheoretisch betrachtet, davon ausgeht, dass ein Ehesubsystem ein essenzieller Begriff für „Familie“ ist. Ein-Eltern-Familien, Alleinerziehende und polygame Familien hat es aber zu allen Zeiten und in allen Kulturen gegeben,

welche nie auf dem Ehesubsystem basiert haben. Familien ohne Ehesubsystem, und hier widerspricht Nave-Herz (2004) Lenz (2002), werden heute nicht mehr als „unvollständige Familien“ bezeichnet, sondern als „Ein-Eltern-Familien“ beziehungsweise „Vater- oder Mutter-Familien“ (S. 31). Für die Autorschaft ist somit fraglich ob eine Abschaffung des Begriffes der Familie sinnvoll und realistisch ist. Es sollte viel eher ein wissenschaftlich sowie gesellschaftliche Öffnung gegenüber einer Vielartigkeit von Familie angestrebt werden. Für die Sozialarbeit im Familiensystem ist die Rahmung d.h. die klare Definition wer zur Familie gehört und wer nicht hat einen Einfluss auf die Arbeitsweise. Weniger ist die Definition entscheidend ob sich das System biologisch, kulturell oder emotional gebildet hat.

4.1.2 Familienformen

Trotz dieser oben erwähnten Egalität soll in der Folge die Ausdehnung der unterschiedlichen Formen von Familie aufgezeigt werden. Sie sollen die Vielschichtigkeit des sozialen Gebildes wie Barker (1999) es nennt aufzeigen. Barker (1999) bezeichnet zwei oder mehr Menschen, welche sich eine Familie nennen, sich für ein gesundes Familienleben einsetzen und bemüht sind gemeinsam, verantwortungsvoll und verbindlich für ein funktionierendes Leben einzustehen (S. 166/eigene Übersetzung) als ein soziales Gebilde. Da dies aus Sicht der Autorschaft oberflächlich verstanden werden kann, scheint es sinnvoll diese Definition mit dem Gedanken von Lenz (2002) zu ergänzen, welcher mit dem Zusammengehörigkeitsgefühl einer aufeinander bezogenen Generation eine wichtige Dimension einbringt. Familie definiert sich somit auch durch eine Eltern-Kind-Beziehung (S. 150). Obwohl die Familie ein äusserst dynamisches und konfliktreiches System ist, weist es in der modernen Gesellschaft eine relative Widerstandsfähigkeit auf.

Betrachtet man die folgende Darstellung (vgl. Abb. 9) von Nave-Herz (2004), vermischen sich historische und aktuelle Familienbilder. Die Familie hat sich in den letzten 150 Jahren stark verändert. Familiensoziologen stellen fest, so Stimmer (2000), dass sich die Familie immer weiter weg von der Grossfamilie beziehungsweise Familien mit mehreren Generationen (vgl. mittleres Feld der Darstellung) hin zu Kleinfamilien entwickelt.

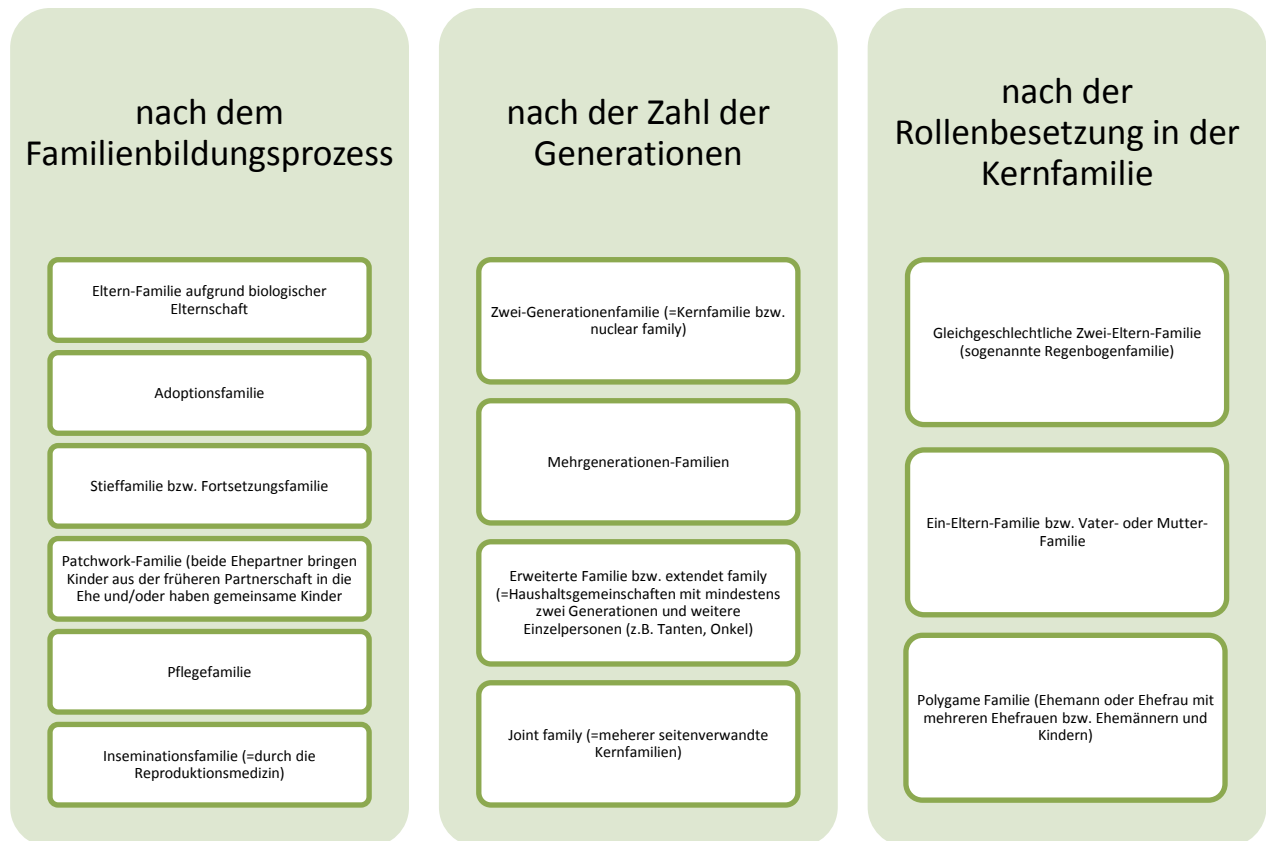


Abbildung 9: Familienformen. Eigene Darstellung in Anlehnung an Nave-Herz, 2004, S. 33ff

Die Institution der Familie hat somit, speziell in Bezug auf deren Stabilität, gesellschaftlich einen neuen Stellenwert bekommen, was sich gerade in der Sozialen Arbeit und deren Arbeitsweise zeigt. Die Personendichte ist somit nicht mehr so eng. Ausfälle von einzelnen Mitgliedern sind somit schwerwiegender als früher. Eine Familie wird dadurch besonders sensibel, so Menz (2009, S. 64).

4.1.3 Familienkonstruktion

Unabhängig der Familienform, die wie eben gesehen sehr unterschiedlich sein kann, wird eine Familie konstruiert. An dieser Stelle möchte die Autorschaft das Augenmerk darauf legen, was eine Familie zur Familie macht. Die Art und Weise des Miteinander seins, welche eine Familie zur Familie werden lässt, ist ein wichtiger Zugang zum familialen Bewältigungspotenzial so Lenz (2002) (zit. in Menz, 2009, S. 68). Die Familie ist eine Art von persönlicher Beziehung, welche besonders intensiv ist, so Menz (2009, S. 68). Sie ist gekennzeichnet durch „persönliches Wissen“, welches fortlaufend aktualisiert werden muss, so Lenz (2002), um die persönliche Beziehung interaktiv herzustellen (S. 15). In der Familienarbeit kann dies, so die Autorschaft, bedeuten, dass ein ständiger und guter Informationsaustausch zwischen der Familie und dem Patienten, der Patientin diese Aktualität und somit die Konstruktion der Familie positiv beeinflusst werden kann. Lenz (2002) geht davon aus, dass das Zusammengehörigkeitsgefühl über zwei oder mehrere Generationen ein wichtiges Merkmal

einer Familie darstellt (S. 150). Durch diese intensive Bindung, kann die Familie auch beträchtlichem Widerstand, Veränderungen und einer Menge an Widerspruch ausgesetzt sein ohne an Funktionalität einzubüssen (Menz, 2009, S. 70). Im Kontext der Kinderpsychiatrie ist die Elternarbeit ein wichtiger Baustein der Therapie. Allerdings ist es nicht immer so einfach, die Familienmitglieder zu definieren, welche in den Behandlungsprozess eingebunden werden sollen (Kitty Cassée und Han Spanjaard, 2009, S. 177). So kann beispielsweise der Stiefvater bei der einen Familie in den Behandlungsprozess eingebunden werden, bei einer anderen Familie ist jedoch die Grossmutter wichtiger und der Vater bleibt aussen vor.

4.1.4 Familienphasen

„Die Phase der Familie ist markant in einer menschlichen Biographie. Diese beginnt damit, dass sich zwei Personen für ein Zusammenleben entscheiden, mit der Eheschliessung oder mit der Geburt eines Kindes“ (Holger Nieberg, 2010, S. 94). Nave-Herz (2004) charakterisiert die eigentliche Familienphase als die Zeit der Pflege und Versorgung von Kindern, beziehungsweise das Zusammenleben von Eltern(teilen) und ihren Kindern in einem Haushalt. Die darauffolgende Phase nennt sie die „nacherlterliche Phase“ (S. 69). Das 8-Stufenmodell des Familienlebenszyklus von Evelyn Millis Duvall (1977) zeigt in der folgenden Darstellung die Phasen einer Familie (S.144). Somit konstruiert sich die Familie nicht einfach, sondern untersteht einer ständigen Veränderung und rekonstruiert sich immer wieder neu. Duvall's Stufenmodell fokussiert auf einen Familienlebenszyklus welcher in einer Biographie mehrmals durchlaufen werden kann. So ist beispielsweise ein junger Vater im Modell bei seiner Herkunftsfamilie in der Stufe sieben eingebettet. Bei seiner eigenen d.h. neuen Familie auf Stufe zwei. Grundsätzlich werden die Stufen nacheinander von der Ersten bis zur Achten durchlaufen bis eine Familie, gemäss Definition im vorhergehenden Kapitel, mit dem Tod der Eltern endet (vgl. Abb. 10).

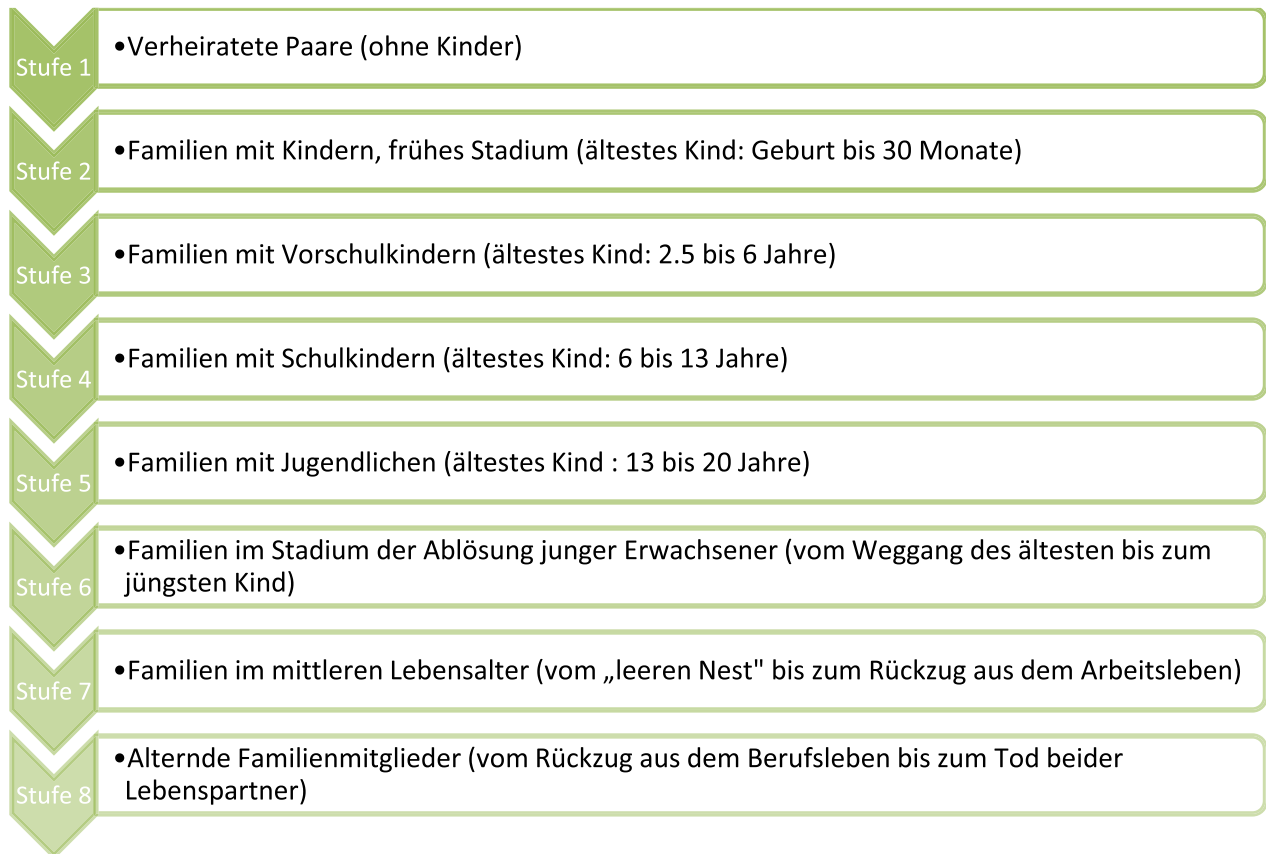


Abbildung 10: 8-Stufenmodell des Familienlebenszyklus, eigene Darstellung/Übersetzung in Anlehnung an Duvall, 1977, S. 144

Obwohl sich die vorliegende Arbeit auf die dritte bis zur fünften Phase von Duvall konzentriert, zeigt das Stufenmodell, dass eine Familie vorher und nachher durch Phasen geprägt wurde, welche das Familienleben beeinflusst. Zum einen ist davon abzuleiten, dass die klinische Sozialarbeit mit einem gewachsenen System arbeitet und zum anderen soll es bewusst machen, dass auch nachher weitere Phasen folgen werden, welche die Familienkonstruktion erneut auf die Probe stellen werden.

4.1.5 Funktion der Familie

In den vorangegangenen Kapiteln wurde erläutert, wie sich eine Familie konstruiert und wie sich eine Familie im zeitlichen und historischen Verlauf verändert. Wieso eine Familie sinnvoll ist, soll als nächstes geklärt werden. Talcott Parson (1997) attestiert der Familie, eine wesentliche Funktion zur Erhaltung des Gesamtsystems zu. Die Familie steht in der Verantwortung die Kinder zu gesellschaftsfähigen Menschen zu machen. Die Eltern geben ihren Kindern unterschiedliche Prägungen mit. Beispielsweise internalisiert ein Kind in der Familie seine Geschlechterrolle (S. 77-78). Ebenso gross ist der Fokus von Klaus A. Schneewind (1999) welcher weitere Funktionen definiert. Die Familie leiste einen Beitrag zur physischen und psychischen Bedürfnisbefriedigung des Individuums (S.23) und mein hiermit wahrscheinlich das Kind. Wie die Autorschaft findet, kann dies

durchaus reziprok verstanden werden. Eine Familie befriedigt nicht nur das Bedürfnis der Kinder, sondern auch jenes der Eltern. Die Familie schafft, so Parson (1997) weiter, die Voraussetzung zur Teilnahme am gesellschaftlichen Produktionsprozess. Im Weiteren hat die Familie die Funktion der Erholung und der Kräfteerneuerung um so die Produktivkräfte wieder herzustellen. Schliesslich werden in der Familie wichtige Grundlagen angelegt welche Einfluss auf das Bildungs- und Berufsinteresse eines Kindes haben und so der Gesellschaft im Idealfall konkurrenzfähige Arbeitskräfte beschere (S. 23). Aus Sicht der Autorschaft, skizziert Talcott hierbei ein Idealbild von Familie, welches äusserst schwierig zu erreichen ist. Es scheint schwer vorstellbar zu sein, dass alle Familienmitglieder ihre physischen und psychischen Bedürfnisse befriedigen können. Die grundsätzliche Funktion einer Familie unterstreicht jedoch die markante Stellung des Familiensystems in einer Biographie.

4.2 Entwicklungspsychologie

Die Überzeugung von John Locke (1632 – 1704), dass der „Geist“ eines Neugeborenen einem leeren Blatt Papier entspricht, welches erst noch beschrieben werden muss, bot John Watson (1928), Begründer des Behaviorismus, ein weiteres Argument, um seinen Standpunkt zu untermauern, dass es „zum Aufbau eines menschlichen Wesens“ anfänglich nichts weiter bedarf als „ein quicklebendiges, sich windendes Stückchen Fleisch, das in der Lage ist, ein paar einfache Reaktionen von sich zu geben... Eltern finden dieses Rohmaterial vor und fangen an, es in einer Weise zu gestalten, die ihnen passend erscheint“. Watson (1928) behauptete sogar, er könne jedes Neugeborene zu dem aufziehen, was er möchte: „Zu einem Arzt, Rechtsanwalt, Bettler oder Dieb“ (zit. in Gerd Mietzel, 2002, S. 23). Den Eltern kommt in der Entwicklung sicherlich eine wichtige Rolle zu. Die Autorschaft ist allerdings äusserst skeptisch, ob die ganze Gestaltungsmacht bei den Eltern liegt und fühlt sich der jüngeren Literatur eher verbunden, welche auch Peer-Groups und Umwelteinflüssen eine Gestaltungsmacht der Entwicklung der Persönlichkeit zugesteht (vgl. Paul Mussen, 1986, S. 104).

Die vorliegende Arbeit fokussiert bewusst auf Kinder. Bernhard Nauck und Magdalena Joos (2005) definieren die Kindheit als eigenständige Phase im Lebensverlauf. Kind sein, konstruiert Nauck (1995) nebst der Zugehörigkeit zu einer bestimmten Altersgruppe, auch als einen Generationenbezug zu den Eltern, welcher sich durch individuelle Interaktionen in Eltern-Kind-Beziehungen konstruiert (zit. in Nauck & Joos, 2005, S. 928). Wie im Kapitel „Konstruktion einer Familie“ gesehen, ist diese Beziehung nur möglich, wenn ein Anteil gemeinsamer Lebenswelt besteht. Um die Phase der Kindheit zu begrenzen, sind nicht nur biologische Prozesse verantwortlich. So zeigen Jürgen Zinnecker und Rainer K. Silbereisen (1996) in einer Befragung, dass sich die Mehrzahl der 11-Jährigen

noch als Kinder, die Mehrheit der 13-Jährigen bereits als Jugendliche betrachten (zit. in Nauck & Joos, 2005, S. 928). Diese Obergrenze des Kindsalters deckt sich weitgehend mit den Aufnahmekriterien für stationäre Aufenthalte in schweizerischen Kinderpsychiatrien und kann somit mit einem Mittelwert von 12 Jahren angenommen werden. Die Untergrenze des Alters der zu behandelnden Kinder von sechs Jahren, lässt sich zum einen aus den Aufnahmebedingungen der Kliniken herzuleiten. Zum anderen, bietet die Lebensphasentheorie von Erik H. Erikson (1971) eine taugliche Abgrenzung. Das sechste Altersjahr steht als Beginn des Problems der Möglichkeiten des Misslingens und deren Umgang. Der Spannungsbogen des Erfolgs und Misserfolgs zeichnet diese Stufe aus (zit. in Mietzel, 2002, S. 23). Die Autorschaft spricht somit von Kindern im Alter zwischen 6 und 12 Jahren.

Die folgende Darstellung soll den Bogen schliessen und zeigen in welchem Phasensystem Erikson (1971) die Kindheit darstellt beziehungsweise welche Phase in dieser Arbeit heraus gegriffen wird (Phase 6 Jahre bis Pubertät, Leistung vs. Minderwertigkeitsgefühl). Das aufbauende Phasenmodell ist von unten nach oben zu lesen (vgl. Abb. 11).

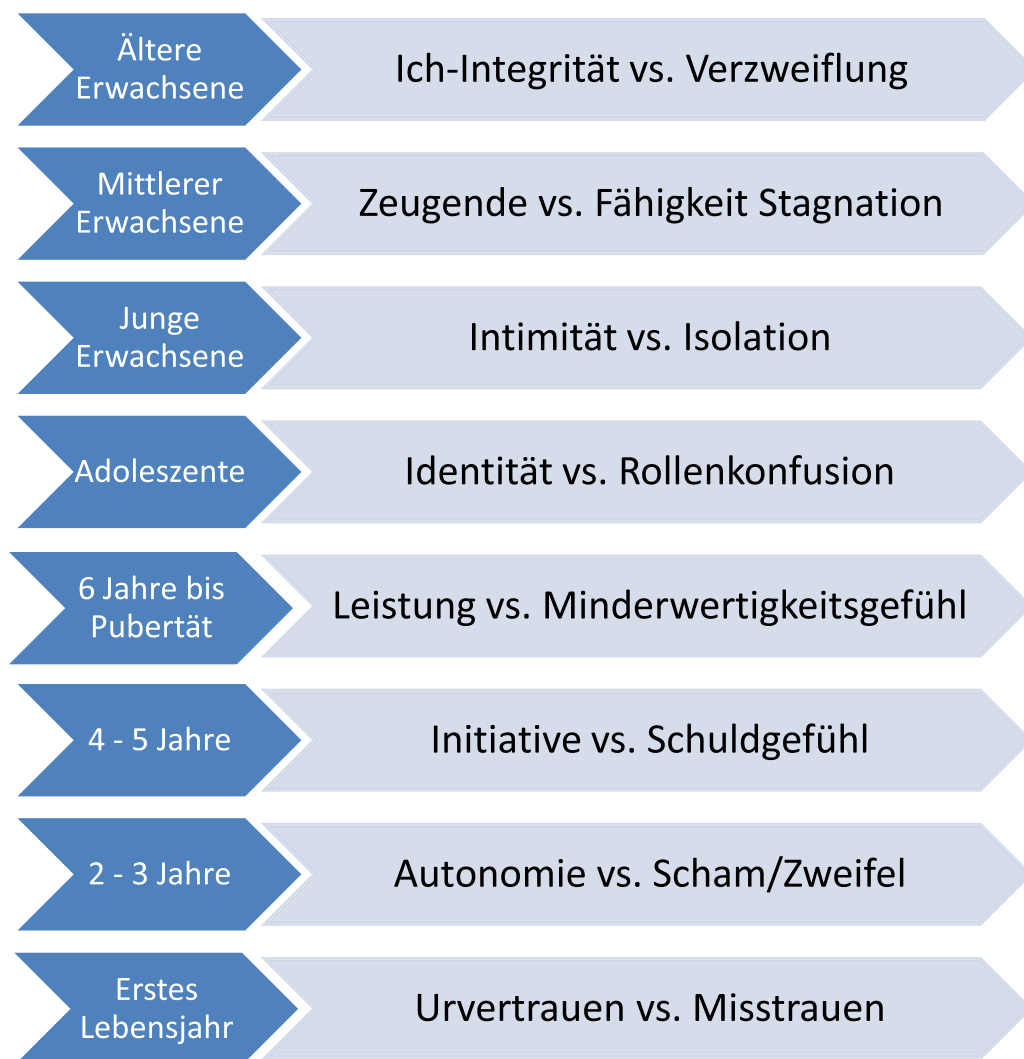


Abbildung 11: Phasenmodell von Erikson, 1971, eigene Darstellung

Die Entwicklung des Menschen in der frühen Kindheit ist von grosser Bedeutung. H. Rudolph Schaffer (2000) und Jerome Kagan (1998) betrachten es jedoch durchaus kritisch, der Kindheit die alleinige „Schuld“ für spätere Persönlichkeitsunterschiede anzulasten (zit. in Oerter & Montada, 2008, S. 224). So ist eine psychische Behinderung nicht vollumfänglich auf die Kindheit zurückzuführen. Eine Vielzahl von Einflüssen begünstigt beziehungsweise verhindert die Manifestation einer Persönlichkeit. In der Folge stellt die Autorschaft zu diesem Zweck ein systemischer Ansatz des renommierten Soziologen Urie Bronfenbrenner. Es soll veranschaulichen welche und welche vielschichtige exogene Faktoren auf eine Person einwirken und die Entwicklung einer Persönlichkeit beeinflussen.

4.3 Systemischer Ansatz nach Urie Bronfenbrenner

Urie Bronfenbrenner (1981) geht davon aus, dass ein Kind sich nicht nur durch die Person entwickelt, sondern auch sein Umwelt Einfluss nimmt (S. 19). Zur Beschreibung von Beziehungen in beide Richtungen benutzt Bronfenbrenner (1981) den Begriff Dyaden. „Jedes Mal, wenn zwei Personen einander bei ihren Aktivitäten beobachten oder die eine sich an denen der anderen beteiligt, wird eine Dyade gebildet.“(S. 71). Die Bildung solcher Dyaden ist aus zwei Gründen wichtig. Für das Mikrosystem bilden sie einen wichtigen Grundbaustein um grössere zwischenmenschliche Strukturen zu ermöglichen beziehungsweise bilden zu können (Beispielsweise die Familie). Als Zweites, begünstigt die Bildung von Dyaden die Entwicklung (S. 71) besonders bei gemeinsamen Tätigkeiten, sie helfen den Kindern in ihrem Entwicklungsprozess beispielsweise in der Interaktion sich zu messen und entdecken so ihre unterschiedlichen Kräfteverhältnisse und lernen diese zu akzeptieren (S. 73).

Um die beschriebenen Systeme zu veranschaulichen, werden in der folgenden Darstellung die Systeme grafisch dargestellt und in einen thematisch sinnvollen Kontext gestellt. Die Bedürfnisse eines Kindes sind mehrdimensional. Bronfenbrenner geht davon aus, dass die menschliche Entwicklung nur angemessen verstanden werden kann, wenn die Beziehungen des Kindes zu anderen Menschen, die Art der Einbettung des Kindes und seinen Bezugspersonen ebenso berücksichtigt wird, wie die natürlichen physiologischen und biologischen Bedingungen seiner Lebensumwelt.

Die Psychiatrie kann als Mesosystem verstanden werden. Für die Eltern und die Geschwister die Psychiatrie zeitweise auch Exosystem, da sie zwar beeinflusst werden, aber nur beschränkt in das System eingreifen (vgl. Abb. 12).

Neben der zeitlichen Entwicklung des Kindes (K), ist die zeitliche Entwicklung des Kontextes zu berücksichtigen, beispielsweise die Familie (F), welche ihrerseits wiederum eingebettet ist in die Dynamik des gesellschaftlichen Wandels (G), so Hans und Birgit Bertram (2009, S. 121).

Die biologischen und kontextuellen Vorgaben in der Entwicklung des Individuums sind eng verwoben mit den zeitlichen Entwicklungsprozessen einer Familie und einer Fülle von weiteren äusseren Faktoren, welche sich gegenseitig beeinflussen (S. 121).

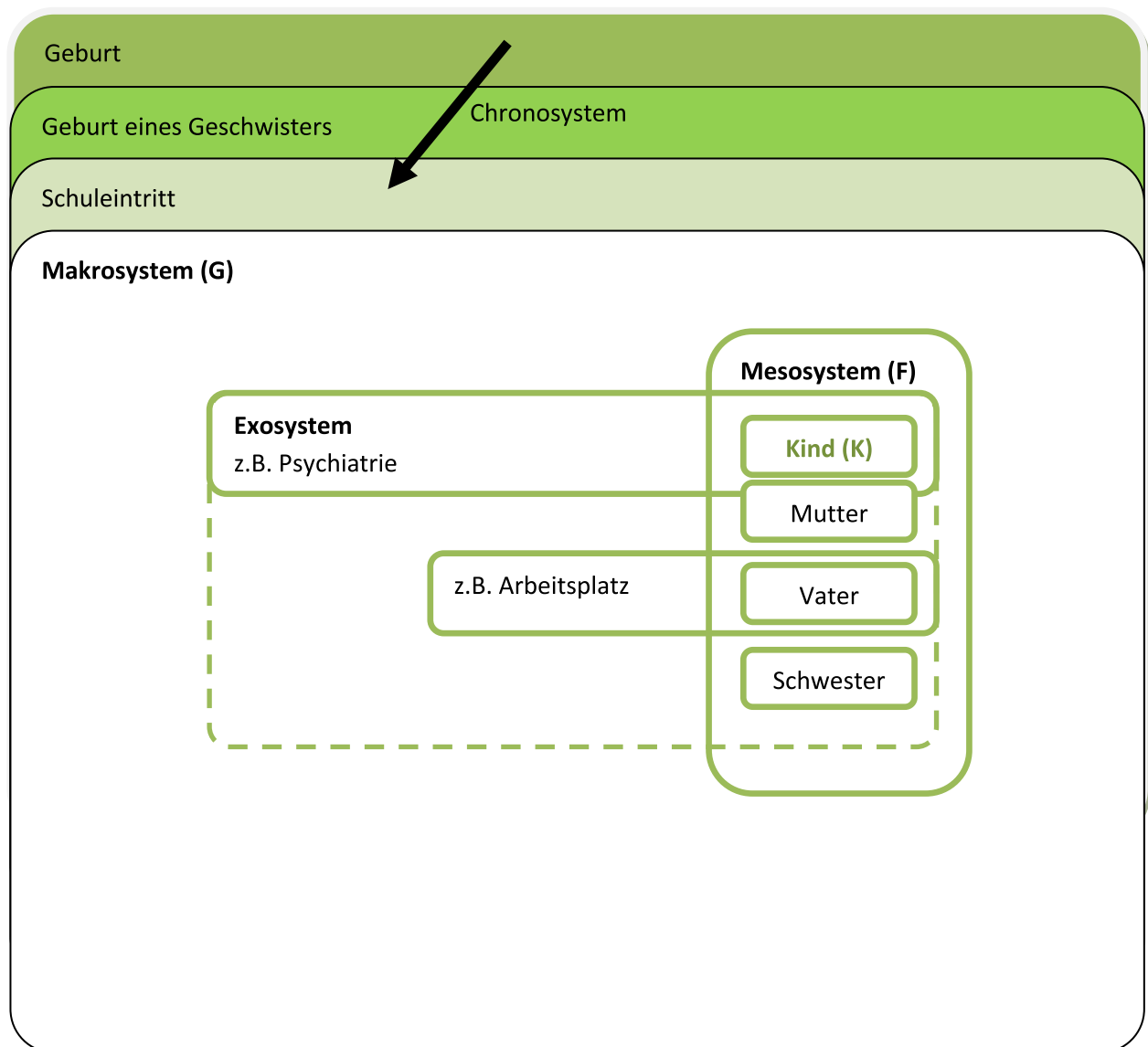


Abbildung 12: Ökonomie der Entwicklung. Eigene Darstellung in Anlehnung an Bronfenbrenner, 1981

In der Folge werden die unterschiedlichen Systemebenen kurz umrissen:

Mikrosystem

Bronfenbrenner (1981) nimmt die ökologische Perspektive ein und benennt Personen, welche mit der sich zu entwickelnden Person interagieren, als Gesamtheit Mikrosystem (S. 23). Nicht nur die Interaktionen zwischen dem Kind und anderen Personen, beispielsweise den Eltern oder den Geschwistern, sondern auch die Interaktion unter anderen Personen, zum Beispiel den Eltern mit der Schwester, beeinflussen die Entwicklung des Kindes ohne dass es an dieser Interaktion direkt beteiligt ist (S. 24).

Mesosystem

In der Mesoebene, so Bronfenbrenner (1981), werden Wechselbeziehungen zwischen zwei oder mehreren Lebensbereichen abgebildet. Es entsteht ein Mesosystem, wenn ein Mensch in einen neuen Lebensbereich eintritt, beispielsweise in die Schule (S. 200). Mesosysteme können nur hintereinander betreten werden oder mit den Worten von Niklas Luhmann kann man zur gleichen Zeit nur in ein System inkludiert sein und ist von anderen Systemen dauerhaft oder zeitweise exkludiert so Detlef Krause (2005, S. 86). Dies gibt dem Modell von Bronfenbrenner eine zeitliche Dimension (Chronosystem).

Exosystem

Wenn eine sich entwickelnde Person nicht an einem System beteiligt ist, die Interaktionen in diesem Lebensbereich jedoch die Person beeinflussen, ist dies ein Exosystem. Die Interaktion in einem Exosystem kann den Anstoß zur Entwicklung im Mikrosystem sein (Bronfenbrenner, 1981, S. 224-225).

Makrosystem

Wenn eine Kultur oder Subkultur grundsätzliche formale und inhaltliche Ähnlichkeiten in ihrer Konstruktion der Mikro-, Meso- und Exosysteme aufweist, spricht Bronfenbrenner (1981) von einem Makrosystem. Wenn die Weltanschauungen und Ideologien der Systeme ähnlich sind, ist zu erwarten, dass die Kulturen und Subkulturen zwar verschieden, aber gewisse Komponenten relativ homogen sind (S. 241).

Die Systematisierung von Urie Bronfenbrenner (1981) zeigt sehr anschaulich welche Bewegung in den verschiedenen Systemen ausgelöst wird beziehungsweise wie sich die Systeme gegenseitig beeinflussen. Die Familie als Exosystem soll und muss beachtet werden, wie die Autorschaft meint

um ein nachhaltiges Umfeld für den Patient oder die Patientin beziehungsweise für die einzelnen Mikrosysteme (Familienmitglieder) zu schaffen oder zu erhalten.

4.4 Kindliche Bedürfnisse

Nun wird die systemische Ebene verlassen und versucht, die einzelnen Individuen in einem System zu beleuchten und ihre Bedürfnisse herauszuarbeiten. Bedürfnisse sind der „psychosoziale Antrieb, dessen Ziel es ist, diese Bedürfnisse zu befriedigen“ (Grawe, 2004, S. 185). Gemäss Stephanie Müller (2006) hat jeder Mensch die körperlichen Bedürfnisse nach Nahrung, Schlaf und Bewegung. Im Weiteren aber auch nach Sicherheit und Selbstentfaltung. Die Bedürfnisse von Kindern würden von der Forschung nur selten beleuchtet (S. 12), obwohl die Befriedigung der kindlichen Bedürfnisse, die intellektuelle, emotionale und moralische Entwicklung in den ersten Lebensjahren stark beeinflusst (T. Berry Brazelton & Stanley I. Greenspan, 2002, S.11). Axel Dammler (2002) geht davon aus, dass alle Bedürfnisse bei Kindern Aktivität auslösen und so die Kinder ihre Entwicklungsaufgaben Bewältigen lassen (zit. in. Müller, 2006, S. 12). Die Befriedigung kindlicher Bedürfnisse ist die Voraussetzung für die emotionale, soziale und intellektuelle Entfaltung so Annegret Werner (2007, S. 1). Brazelton und Greenspan (2002) gehen zwar davon aus, dass verpasste Grundlagen unter Umständen nachgeholt werden können, aber die Chance auf Erfolg mit zunehmendem Alter kleiner wird (S. 11). Dammler (2002) beschreibt kindliche Bedürfnisse wie Spass, Unterhaltung, gezielte Suche nach Herausforderung, Wettbewerb und Erfolgserlebnissen. Ausserdem sprechen Dammler (2002) und Brazelton und Greenspan (2002) vom kindlichen Bedürfnis nach ethischer Orientierung, was dem kindlichen Wunsch nach Autonomie widerspricht (S. 250). Das Kind möchte, so Brazelton und Greenspan (2002) „Werte und Grenzen erfahren“ (S.247). Den „Erfolg des Älterwerdens“ und der damit einhergehende Wunsch nach Befriedigung ihres Autonomiebedürfnisses, werden von Kinder auch gegen aussen transportiert. So lehnen beispielsweise Kinder Spielzeug ab welches für kleinere Kinder hergestellt wurde. Ihre Wahrnehmung ist, dass sie zu alt dafür sind. (Dammler, 2002, zit. in Müller, 2006, S. 13).

Nach Werner (2007) werden die Ausgestaltung der Bedürfnisse durch verschiedene Menschenbilder sowie gesellschaftliche und kulturelle Vorstellungen, insbesondere durch die unterschiedlichen Vorstellungen der gesellschaftlichen Rolle von Kindern, beeinflusst (S. 1). Wie die Bedürfnisse befriedigt werden, ist sehr unterschiedlich, so Jutta Mägdefrau (2003, S. 302). Es ergibt sich eine Vielzahl von Unterscheidungen. Die Autorschaft skizziert an dieser Stelle die sieben Grundbedürfnisse von Kindern nach Brazelton und Greenspan (2002):

1. Das Bedürfnis nach beständigen, liebevollen Beziehungen
2. Das Bedürfnis nach körperlicher Unversehrtheit, Sicherheit und Regulation
3. Das Bedürfnis nach Erfahrungen, die auf individuelle Unterschiede zugeschnitten sind
4. Das Bedürfnis nach entwicklungsgerechten Erfahrungen
5. Das Bedürfnis nach Grenzen und Strukturen
6. Das Bedürfnis nach stabilen, unterstützenden Gemeinschaften und nach kultureller Kontinuität
7. Das Bedürfnis nach sicherer Zukunft

Für die Befriedigung der Grundbedürfnisse ihrer Schützlinge sind, so Müller (2006) vor allem die Eltern zuständig. Sie sichern ihr Wohlbefinden und ihre Gesundheit. Müller (2006) prophezeit sogar, dass bei Nicht-Beachten der kindlichen Bedürfnisse das gesellschaftliche Leben beeinflusst wird, da die sozialen Fähigkeiten der künftigen Generationen verändert werden. Sie hat die kindlichen Bedürfnisse in vier übergeordnete Bedürfnisgruppen eingeteilt. Die Gruppen können nicht unabhängig voneinander betrachtet werden, denn die Bedürfnisse beziehen sich aufeinander beziehungsweise resultieren auseinander. Die Grenzen werden so verwischt (S. 13-14). In Abbildung 13 wirken vier Bedürfniskomplexe (Grundbedürfnisse, Bindungsbedürfnisse, Explorationsbedürfnisse und Sicherheitsbedürfnisse) wie Puzzlestücke welche nur als Ganzes die Ausdehnung der kindlichen Bedürfnisse gerecht werden kann.



Abbildung 13: Kindliche Bedürfnisgruppen, eigene Darstellung in Anlehnung an Müller, 2006, S. 14

Zum Abschluss dieses Kapitels seien hier nochmals die beiden Kinderärzte Brazelton und Greenspan (2002) zitiert, welche psychische Probleme im Kindsalter auch mit fehlenden, entwicklungsgerechten Erfahrungen in Zusammenhang bringen. Die beiden Forscher betonen, dass die Ermöglichung von spezifischen Erfahrungen zur Förderung der psychischen Gesundheit ebenso zur Gesundung beitragen, wie die Behandlung von Symptomen. Somit dürfen psychosoziale Unterstützungsmassnahmen in den Behandlungsplänen nicht fehlen (S. 245). Der Mensch und hier im Speziellen das Kind, meldet unterschiedliche Bedürfnisse an, welche es für sein Wohlbefinden zu befriedigen gilt.

4.5 Wohl des Kindes

Gemäss Jacqueline Chopard (2011) sind die primären Garanten des Kindeswohls die Eltern. Sie haben die elterliche Sorge inne. Das heisst, es ist das Recht und die Pflicht der Eltern, dafür zu sorgen, dass sich ihr Kind in körperlicher, geistiger, psychischer und sozialer Hinsicht optimal entwickelt (S. 2). Die elterliche Sorge ist im Schweizerischen Zivilgesetzbuch (Art. 133 und 301ff.) geregelt. Das Gesetz unterscheidet nicht nach dem Alter der Kinder. Gemäss Walter Noser (2008) gibt es für das Kindeswohl keine allgemeingültige Definition, die national und weltweit für die gesamte Bevölkerung Gültigkeit hat. Das Einzige in dem sich Eltern und Fachleute einig sind, ist, dass nichts über das

Wohlergehen des Kindes geht. Was aber genau dem Kind gut tut, kann für grosse Diskussionen sorgen („Wann ist es dem Kind wohl?“, ¶1). Die Autorschaft schliesst sich der ehemaligen Bundesrätin Ruth Dreifuss an. Sie definierte das Kindeswohl an einem Referat im März 2002 folgendermassen: „Es müssen die Voraussetzungen geschaffen werden, damit sich ein Kind psychisch, physisch, gefühlsmässig, geistig, sozial und kulturell entwickeln kann.“

In der vorliegenden Arbeit geht die Autorschaft von einem gut sorgenden Familiensystem aus, obwohl sie sich bewusst ist, dass die Praxis zeigt, dass Kindeswohlgefährdung und Kinderpsychiatrie Attribute sind, welche sich häufig eine Schnittfläche teilen. Die Kindeswohlgefährdung beziehungsweise die Eltern als Täter sind nicht im Hauptfokus der vorliegenden Arbeit, da die Autorschaft der Meinung ist, dass die Soziale Arbeit sich durch ihre ressourcen- und lösungsorientierte Denkweise auszeichnet und in diesem Sinne auch ihre Klientinnen und Klienten bestärken sollte. Die Autorschaft ist sich jedoch bewusst, dass hierbei ein wichtiger Teil ausgeblendet wird, welcher jedoch den Rahmen der Arbeit sprengen würde.

4.6 Eltern-Kind-Beziehung und kindliche Bindung

In den vorangegangenen Kapiteln haben wir gesehen, dass die Familie auf verschiedenen Ebenen eine wichtige Rolle spielt. Die ganze Breite, wie Familie betrachtet werden kann, soll nun aber wieder gebündelt werden und aufzeigen, wie sich die Beziehung zwischen Eltern und Kindern darstellt. Hierzu verwendet die Autorschaft das Modell von Mario Cusinato (1994) welches die unterschiedlichen Phasen von Eltern-Kind-Beziehungen im Familienlebenszyklus nachzeichnet (zit. in Oerter & Montada, 2008, S. 133).

Phase	Funktionale Verhaltensmuster	
	Eltern	Kind
Eltern mit Säuglingen und Kleinstkindern	Pflege, Schutz und Fürsorge für das Kind	Totale Abhängigkeit von den Eltern
Eltern mit jüngeren Kindern	Anpassung an eine triadische Beziehung mit dem Kind Verfügbarkeit als Verhaltensmodell für kindliche Imitation Einführung angemessener Beschränkungen und Grenzen	Psychologische Trennung von den Eltern Streben nach Autonomie Spiegeln und Imitieren elterlichen Verhaltens Bewältigung von Allmachtsphantasien

Eltern mit älteren Kindern	Sensibilität für die kindlichen Entwicklungsbedürfnisse Bereitstellung von Gelegenheiten für die Eigenaktivität des Kindes entsprechend seinen Fähigkeiten Kind gehen und wachsen lassen Lebensfreude vermitteln durch die Erfahrung des Kindes	Suche nach Individualität
Eltern mit Jugendlichen	Unterstützung bei der Rollen- und Identitätsentwicklung, Toleranz- und Kompromissbildung bei generationsspezifischen Unterschieden	Entwicklung eines Selbstbildes und einer eigenen Identität
Erwachsene Kinder mit Eltern	Erwachsenes Kind gehen und unabhängig sein lassen Akzeptieren einer Erwachsenenbeziehung mit dem Kind Mit Ermutigung, Bestätigung und Wertschätzung zur Seite stehen	Relative Unabhängigkeit von den Eltern Entwicklung einer Erwachsenenbeziehung mit den Eltern Suche nach Orientierung und Unterstützung durch die Eltern, wenn erforderlich
Erwachsene Kinder mit älteren Eltern	Rollenumkehr bezüglich der Betreuung durch das Kind	Rollenumkehr, um die Betreuung von gealterten und gebrechlichen Eltern zu übernehmen

Tabelle 6: Beziehungen im Familienlebenszyklus, Cusinato, 1994, zit. in Oerter & Montada, 2008, S. 133

Die Tabelle 6 veranschaulicht, wie sich die Rollen von Kindern und Eltern im Laufe des Familienzyklus verändern (vgl. Kapitel „Familienphasen“). Eindrücklich scheint in der Tabelle von Cusinato (1994), dass nur in einer Phase die die Rollen von Eltern und Kinder nahezu gleichwertig gelebt werden können (Erwachsene Kinder mit Eltern). In allen Anderen Beziehungsabschnitten herrscht ein Hirarchiegefäll. Obwohl Hirarchie eine eher negative Wortbedeutungslehre geniesst, gehört es in die gesunde Entwicklung eines Menschen.

Unterschiedliche Machtverhältnisse verhindern jedoch in keinster Weise eine sichere Bindung zu seiner primären Bindungsperson, meist Vater oder Mutter, welche für eine gesunde Entwicklung unerlässlich ist. Marianne De Wolff und Marinus van Ijzendoorn (1997) weisen den Eltern vier charakteristische Merkmale zu, welche eine sichere Bindung begünstigen. „Sensitivität für kindliche Signale, eine positive Haltung gegenüber dem Kind, eine Synchronisation im Sinne einer sanften Abstimmung reziproker Interaktionen mit dem Kind und die Unterstützung sowie Stimulation durch häufige Interaktionsaufnahmen mit dem Kind“ (zit. in Oerter & Montada, 2008, S. 134).

Die Bindungstheorie nach John Bowlby (1969) befasst sich mit der menschlichen Neigung, enge emotionale Beziehungen aufzubauen und aufrecht zu erhalten und zählt zu den Klassikern der Bindungstheorien. Die Persönlichkeitsentwicklung und psychische Gesundheit im Lebenslauf werden durch Bindungen beeinflusst, so Peter Zimmermann und Gottfried Spangler (2008). Speziell im Kindesalter, zeigen sich die unterschiedlichen Bindungsverhaltenssysteme. Eine sichere Bindung, erlaubt dem Kind eine effektive soziale Emotionsregulation, um sich explorationsbereit zu machen (zit. in Oerter & Montada, 2008, S. 690). Einer unsicher-vermeidenden Bindung hingegen, folgt eine ineffektive Emotionsregulierung durch Ausdruckskontrolle. Angst und Kummer werden den Eltern beziehungsweise der Bezugsperson nicht mitgeteilt, werden aber in Form von physiologischen Stressreaktionen deutlich, so Gottfried Spangler und Karin Grossmann (1993) (zit. in Oerter & Montada, 2008, S. 690). Bei unsicherer-ambivalenter Bindung wird zwar die Nähe zur Bezugsperson gesucht, jedoch führt dies nicht zu Beruhigung und Sicherheit. Eine Aktivierung des Explorationssystems kann nicht oder nur verzögert erreicht werden. Hier wirken Bezugspersonen nicht ausreichend regulierend auf die Emotionen des Kindes und verstärken die emotionale Belastung. Obwohl eine sichere Bindung und ein bindungsförderndes Elternverhalten vorherrschen, ist eine lebenslang anhaltende sichere Bindungsorientierung und einen positiven Verlauf der Persönlichkeitsentwicklung nicht garantiert (William Sears & Martha Sears, 2001, zit. in Oerter & Montada, 2008, S. 134).

Die elterliche Fürsorglichkeit ist nach Matthias Leder (2004) bis jetzt nie intensiv untersucht worden. Was macht Eltern fürsorglich? Oder wie entsteht elterliche Fürsorge? Diese geringe Beachtung der elterlichen Fürsorge in der Psychologie ist aus mehreren Gründen überraschend, denn die Motivation zur elterlichen Fürsorge ist von ähnlich fundamentaler Bedeutung wie die Sexualität. Keine Spezies, die eine individuelle Form von Bindung kennt, kann ohne sie auskommen, wobei die elterliche Fürsorge das unverzichtbare Gegenstück zur kindlichen Bindung bildet, welche in der Entwicklungspsychologie seit vielen Jahrzehnten intensiv erforscht wird. Bindungsbezogene kindliche Verhaltensäußerungen wie z.B. die verschiedenen Formen des Weinens können aber ohne ein

Verständnis dessen, woran sie appellieren, nicht verstanden werden (S. 10-24). In der vorliegenden Arbeit geht die Autorschaft, wie bereits erwähnt von einem intakten Familiensystem aus, welches sich auch als ein System mit sich sorgenden beziehungsweise fürsorglichen Eltern zeigt.

4.7 Auswirkungen auf die Familie

Die Tatsache, dass ein Kind so stark psychisch behindert ist, dass es einen stationären Aufenthalt benötigt, geht an fürsorglichen Eltern und einem stabilen Familiensystem nicht spurlos vorbei.

Spiralphasenmodell der Krisenverarbeitung nach Erika Schuchardt

Gemäss Waltraud Hackenberg (2008) wurde zur Veranschaulichung der Auseinandersetzungsprozesse mit der Behinderung eines Kindes in den letzten Jahren verschiedene Phasenmodelle entwickelt, analog den Phasen in der Trauer (S. 59-60).

Ein Klinikeintritt löst bei einer Familie einen Ausnahmezustand aus, welcher auch als Krise bezeichnet werden kann. Das am häufigsten zitierte Modell zur Krisenverarbeitung ist gemäss Andreas Eckert (2007) das Spiralphasenmodell der Krisenverarbeitung als Lernweg von Erika Schuchardt aus dem Jahre 1990 („Belastungen und Bewältigungsprozesse im Leben mit einem behinderten Kind“, ¶15).

Der Autorschaft ist bewusst, dass eine psychische Behinderung nicht im gleichen Masse endgültig sein muss, wie beispielsweise Trisomie 21. Erika Schuchardt (2002) ordnet psychische Störungen in ihrem Modell allerdings den langfristigen Krankheiten zu und sieht sie durchaus als mögliche Krisenauslöser (S. 53). Der Begriff Behinderung wird analog den Ausführungen zur Definition der Behinderung im zweiten Teil dieser Arbeit verwendet. Weil Schuchardt an dieser Stelle von Störungen spricht und diese den langfristigen Krankheiten zuordnet, denkt die Autorschaft, dass an dieser Stelle durchaus auch von psychischen Behinderungen gesprochen werden könnte.



Abbildung 14: Spiralphasen-Modell in Anlehnung an Schuchardt, 2002, S. 54

Schuchardt (2002) beschreibt die Phasen des Verarbeitungsprozesses als Spiralphasen (S. 35-45). Die unterschiedlichen Phasen und Stadien werden in der Abbildung 14 aufgezeigt. Zuerst befinden sich betroffene Personen im Eingangs-Stadium I (Ungewissheit und Gewissheit wechseln sich ab), es folgt das Durchgangs-Stadium II mit Aggressionen, Verhandlungen und Depressionen, wenn diese Phasen durchgestanden sind, folgt das Ziel-Stadium III geprägt von Annahme, Aktivität und Solidarität. Nachfolgend werden die einzelnen Spiralphasen genauer beschrieben:

1. *Ungewissheit*: Das krisenauslösende Ereignis steht am Anfang und ist ein Schock, es bringt das geordnete Leben durcheinander. Ganz unerwartet wird die Familie mit einer normabweichenden Lebenssituation konfrontiert.

2. *Gewissheit*: Nach der Ungewissheit folgt die Gewissheit. Diese Phase ist von einer verneinenden Bejahung geprägt: „Ja, aber das kann doch nicht sein...?“. Die Gefühle sind sehr ambivalent.
3. *Aggression*: Das Eingangsstadium kann durch schwerer Gefühlsausbrüche geprägt sein. In der Phase der Aggression kommt das Problem erst richtig ins Bewusstsein.
4. *Verhandlung*: Emotionale Kräfte drängen die Betroffenen zur Tat und sie versuchen nicht selten alles in ihrer Macht stehende um die Situation zu verändern (z.B. Konsultation vieler Ärzte und Ärztinnen, Heilpraktiker und Heilpraktikerinnen, Wallfahrten, Gottesdienste).
5. *Depression*: In dieser Phase wird die eigentliche Trauerarbeit geleistet. Sie ist die Vorstufe für die Annahme der Situation.
6. *Annahme*: In dieser Phase sind die Betroffenen befreit von Leugnung, Aggression, Verhandlung und Depression. Es kommt zur Erkenntnis und es wird versucht die Situation anzunehmen. Die betroffene Familie befindet sich nun im Ziel-Stadium III.
7. *Aktivität*: In dieser Phase werden Kräfte freigesetzt und es wird versucht „das Beste“ daraus zu machen.
8. *Solidarität*: Dies ist die letzte Stufe der Krisenverarbeitung. Es ist wichtig für den Einzelnen zu erkennen, dass man nicht im Widerstand zu dem Problem leben soll, sondern in Zustimmung und Annahme.

Das Spiralphasenmodell zeichnet eine idealtypische Verarbeitung und stellt zahlreiche Anforderungen an die Eltern und Geschwister. Hackenberg (2008) spricht von Coping-Strategien, welche die Eltern (und die ganze Familie) entwickeln müssen, um sich mit der belastenden Situation auseinanderzusetzen. Die Suche nach diesen Strategien wird durch subjektive Einschätzungen und Bewertungen und den eigenen Reaktionsmöglichkeiten stark beeinflusst (S. 62) (vgl. Kapitel „Umgang mit Stressoren“).

Für Eltern behinderter Kinder haben sich gemäss Hackenberg (2008) folgende vier Kategorien von Ressourcen als bedeutsam erwiesen (S. 67):

- Äussere Ressourcen (materielle Basis, Gesundheit, Erwerbstätigkeit, Wohnsituation, Bildungsstand)
- Personale Ressourcen (Persönlichkeitseigenschaften wie Optimismus, Kohärenzsinn, Selbstwirksamkeit, Selbstwertgefühl)
- Familiäre Beziehungen (Partnerschaft, Familienatmosphäre, familiäre Unterstützung)
- Soziales Netzwerk

Die sogenannte Familienstresstheorie von Hill und McCubbin/Patterson unterscheidet zwischen individuellen Ressourcen wie Gesundheit, Wohlstand, Bildung, Persönlichkeitsdispositionen, den Ressourcen des Familiensystems wie Organisation des Zusammenlebens, Zusammenhalt der Familie, Offenheit und Qualität der Kommunikation, Problemlösefähigkeit und den sozialen Ressourcen wie soziale Unterstützungssysteme und Unterstützung durch professionelle Helfer und Helferinnen (Hackenberg, 2008, S. 63). Familienstresstheorie beantwortet die Frage, wie eine Familie mit einem belastendem Ereignis (Stressor) umgehen kann. In der vorliegenden Arbeit soll ein weiterer Ansatzpunkt geschaffen werden, welche Lösungsstrategien für Familien dir Forschung bereit hält.

Doppeltes ABCX-Modell

Reuben Hill (1949) hat aus der Familienstresstheorie heraus, das sogenannte ABCX-Modell entwickelt, welches in den 1980er Jahren von Hamilton I. McCubbin und Joan M. Patterson (1983) zum doppelten ABCX-Modell weiterentwickelt wurde (S. 27) (vgl. Abb. 15). Abb. 15 stellt eine Erweiterung der Abb. 3 dar.

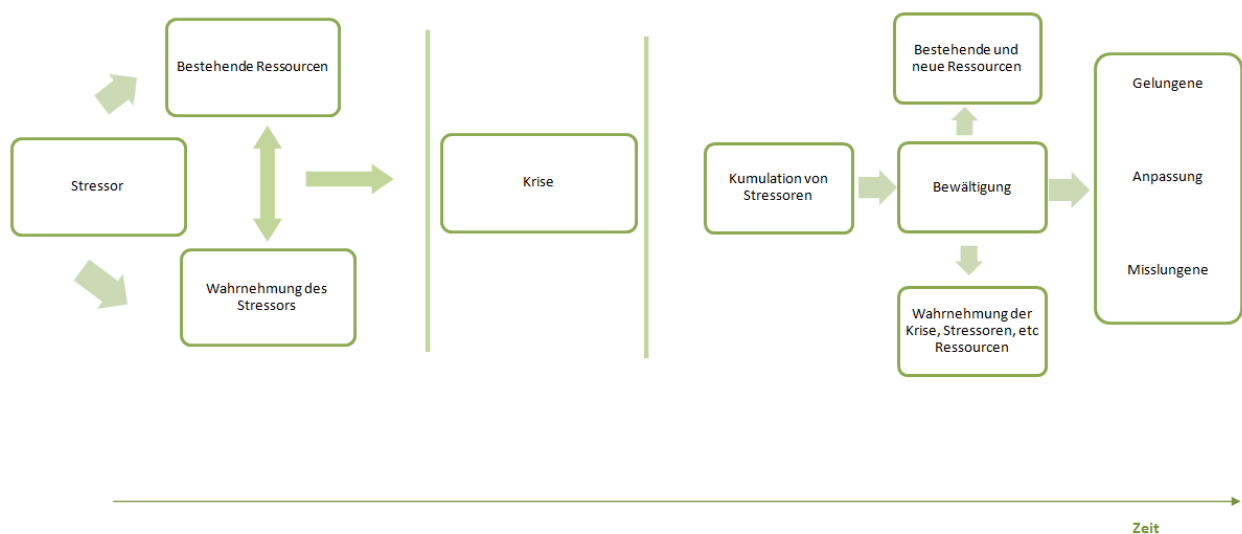


Abbildung 15: Doppeltes ABCX-Modell, eigene Darstellung in Anlehnung an McCubbin & Patterson, 1983, S. 27 /eigene Übersetzung

Am Anfang steht bei diesem Modell (ganz links) das Auftreten eines Stressoreignisses (Faktor A) im familiären Leben. Anders als beim Phasenmodell von Schuchardt löst dieses Ereignis nicht zwangsläufig eine Krise aus, die verarbeitet werden muss, sondern der Stressor trifft auf individuelle, persönliche und familiäre Bedingungen, die dem Entstehen einer möglichen Krise (Faktor X) vorgeschaltet sind. Im Schaubild ist dies im ersten Drittel zu finden. Dies sind im Modell die bestehenden Ressourcen einer Familie (Faktor B) und die persönliche Wahrnehmung des Stressoreignisses (Faktor C). Das bedeutet, dass das Vorhandensein von ausreichenden Ressourcen und eine hilfreiche Wahrnehmung beziehungsweise Bewertung des stressauslösenden Ereignisses helfen kann, eine familiäre Krise zu vermeiden (Eckert, 2007, „Belastungen und Bewältigungsprozesse im Leben mit einem behinderten Kind“, 115). Wenn eine Krise trotzdem eintritt, d.h. die Ressourcen und/oder die Wahrnehmung des Stressors die Krise nicht abwenden können, haben McCubbin und Patterson (1983) die Stärkung der Faktoren B vorgesehen, welche die Krise (Faktor X) bewältigen lässt mit dem Ausgang, ganz rechts zu sehen, einer gelungenen, einer misslungenen Bewältigung beziehungsweise einer Anpassung des Faktors X, der Krise. Um die Auswirkung auf die Familie zu verstehen, müssen aus Sicht der Autorschaft auch die einzelnen Protagonisten einer Familie mit ihren Bedürfnissen beleuchtet werden. So geht die Familie nicht nur als soziale Gemeinschaft durch das vorhergehende ABCX Modell, sondern auch als einzelnen Personen und Familienmitglieder mit ihren eigenen Persönlichkeiten und Rollen.

In diesem Teil der Arbeit sollte folgender Frage nachgegangen werden: „Was sind die Auswirkungen auf das Familiensystem, wenn ein Kind psychisch behindert ist und stationäre, psychiatrische Behandlung benötigt?“ In den Kapiteln 4.1 bis 4.5 hat die Autorschaft die Grundsätze skizziert wie sich eine Familie konstruiert und was eine Familie zu einem sozialen System macht. In den Kapiteln 4.6ff wird der Kern der Fragestellung beleuchtet und zeigt auf, dass ein Eintritt in die Psychiatrie mehrniveaunale Auswirkungen haben kann. Dies ist Grundbedingung, um überhaupt eine massgebliche Mitgestaltung und Einbezug der Familie in der Kinderpsychiatrie einzufordern und zu legitimieren. Im Bezug auf die Hauptfragestellung, kann festgehalten werden, dass die Familien eine namhafte Rolle bei einer Hospitalisierung spielt und somit eine professionelle Begleitung angezeigt ist. Der folgende Teil der Arbeit zeigt anhand einer Handlungsmethode auf, wie die Klinische Sozialarbeit eine betroffene Familie begleiten kann.

Vierter Teil:

Handlungsansätze der Klinischen Sozialarbeit



«Das Hauptziel der Tätigkeit der klinischen Sozialarbeit ist die Verbesserung der psychischen Gesundheit und das Wohlergehen der Individuen und Familien.»

clinicalsocialwork association

5 Vierter Teil – Handlungsansätze der Klinischen Sozialarbeit

Der vierte Teil der Arbeit widmet sich dem konkreten Praxisbezug. Dazu dient in den einzelnen Kapiteln der Verweis auf eine selbst kreierte Fallvignette und die authentischen Ausführungen der Luzerner Kinderpsychiatrie in Kriens. Mit Hilfe des Zyklusmodells für den Hilfsprozess der kompetenzorientierten Arbeit in stationären Settings (KOSS) von Kitty Cassée und Han Spanjaard wird ein methodisches Vorgehen für das professionelle Handeln der Klinischen Sozialarbeit vorgestellt. Die Autorschaft füllt das Handlungsmodell mit praxisnahen Vorgehensweisen und versucht so eine mögliche Funktion der Klinischen Sozialarbeit vorzustellen. Die vorhergehenden Teile und Kapitel dienen als Grundlage, welche in den einzelnen Schritten zusammenfließen.

5.1 Fallvignette Familie Vogel

Zur Illustration und besseren Verständlichkeit, wird die Leserschaft in diesem Teil der Arbeit von der Familie Vogel begleitet. Die Fallvignette der Familie Vogel hat keinen Bezug zu einer realen Familie. Sie ist frei erfunden, könnte in der Praxis aber durchaus so oder ähnlich angetroffen werden. Die Namen der Familie Vogel und weiterer Protagonisten sind frei gewählt und der Bezug zur Kinderpsychiatrie Kriens, dient der Veranschaulichung. Die Symptome und Verhaltensweisen basieren auf statistischen Werten. 5.6 Prozent aller Behandlungsfälle, werden als F9.20 – Störung des Sozialverhaltens mit depressiver Störung nach ICD-10 diagnostiziert. Diese ist die dritthäufigste Störung von 0 bis 14-Jährigen, welche stationär in einer psychiatrischen Klinik behandelt werden (Elektronische Anfrage vom 4. Juli 2012 an Erwin K. Wüst, Informationsdienst Gesundheit des BFS) .



Familie Vogel lebt in einem Einfamilienhaus in einer kleinere Agglomerationsgemeinde. Die finanzielle Situation ist gesichert. Der Vater (Florian) arbeitet als Controller in einem Produktionsbetrieb und ist stark in seine berufliche Tätigkeit eingebunden. Tagsüber ist die Mutter (Rita) mit den beiden Kindern alleine. Am Freitag arbeitet sie allerdings im Tankstellenshop an der nahe gelegenen Autobahnraststätte. In dieser Zeit kommt Oma (Irma) um zu den Kindern zu schauen. Früher kam auch Opa (Michael) mit, er ist aber vor drei Jahren verstorben. Der zehnjährige Max vermisst den Grossvater sehr. Die Eltern seines Vaters sieht er nur sporadisch, da sie ziemlich weit weg wohnen. Am Wochenende macht die gesamte Familie ab und zu einen Ausflug oder der Vater spielt mit Max leidenschaftlich gerne Fussball.

Seit einiger Zeit geht Max zu Frau Dr. Scholler, der Psychiaterin im Nachbardorf. Immer wieder fällt er in eine Depression hinein und fühlt sich ohne Energie. Es gibt aber auch Zeiten in denen er ganz viel Energie hat und er schnell ganz wütend wird. Er schlägt dann seine Mitschüler, beisst sie, bespuckt

die Lehrerin und pöbelt auch schon mal fremde Menschen an. Auch seine kleine Schwester (Lea, acht Jahre alt) schlägt er manchmal.

Disziplinarische Massnahmen von den Eltern oder der Lehrerin zeigen schon länger keine Wirkung mehr. Wenn seine Stimmung gedrückt ist, lässt er sich schlecht motivieren und kann sich nur schwer auf den Schulstoff konzentrieren. Max hat bereits eine Klasse wiederholt und nun käme nun in die dritte Klasse. Die Lehrpersonen können aber nur schwer mit ihm arbeiten und sehen einem Übertritt in die nächste Klasse erneut mit Skepsis entgegen.

Die aggressiven und depressiven Phasen folgen seit einigen Monaten in immer kürzeren Abständen und prägen sich zunehmend stärker aus. Die Familie ist am Ende ihrer Kräfte und Frau Dr. Scholler schlägt vor, Max in eine kinderpsychiatrische Klinik zu überweisen.

5.2 Kompetenzorientierte Arbeit in stationären Settings (KOSS)

Das Modell eignet sich aus verschiedenen Gründen. Zum einen ist es ein interdisziplinäres Modell, welches unterschiedliche Professionen mit ihren Optiken zu berücksichtigen vermag. Dies scheint der Autorschaft sinnvoll, da gerade die psychiatrische Realität eine interdisziplinäre Arbeitsweise voraussetzt. Zum anderen zeigt es, dass der Prozess nicht linear, sondern als Zyklus zu verstehen ist und einige Schritte mehrmals durchlaufen werden müssen (Cassée, 2007, S. 65)

Michael Erler (2011) zitiert in seinem Buch eine Aussage des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend in Deutschland aus dem Jahre 1994.

Beratungsarbeit ist auf zwischenmenschliche Beziehungen und deren Möglichkeiten und Konflikte gerichtet, auf Lebensgeschichten und –entwürfe, auf Lebens- und Entwicklungsbedingungen und deren Zusammenhänge mit psychischen und/oder psychosomatischen Leiden und Symptomen. Beratungsarbeit geht – im Unterschied – zu einer am Krankheitsbegriff orientierten heilkundlichen Psychotherapie – davon aus, dass das Leben von Individuen, Paaren, Familien und Leistungsgemeinschaften einem Entwicklungsprozess unterworfen ist, bei dem die Grenzen zwischen gleichsam notwendigen Krisen und seelischen Fehlentwicklungen fließend sind. (S. 14)

Erler (2011) ist der Ansicht, dass Psychotherapie auf Heilung abzielt während Beratung in Krisen helfen kann, welche auf Probleme, aus der Umwelt herrühren beziehungsweise „phasentypische Überforderung“ zu Grunde liegen. Während Psychotherapie einzelne Personen im Fokus hat, nimmt eine Familienberatung verschiedene Ebenen des Problems wahr und beleuchtet die Zusammenhänge von Individuum, Gruppe und Institution. Eine Beratung soll die zwischenmenschlichen Interaktionen

berücksichtigen und die Ressourcen fördern, welche zur Lösung von Konflikten und Krisen vorhanden sind (S. 14).

Gemäss Martin R. Textor (2010) eignen sich die Beratungsansätze der Familientherapie und –beratung sowohl für Sozialarbeitende, aber auch für Professionelle aus der Medizin und Psychologie sowie für andere Berufsgruppen. Familienberater und –therapeuten, sowie –beraterinnen und -therapeutinnen gehen davon aus, dass viele psychische Probleme, Verhaltensstörungen und psychosomatische Erkrankungen ihren Ursprung im Beziehungsnetz des betroffenen Kindes haben. Eine psychische Behinderung beziehungsweise deren Symptome können das Resultat sein von krankmachenden Strukturen und Prozessen im sozialen Umfeld des Kindes. Besonders die Familie ist ein soziales Umfeld, welches sehr wichtig ist für ein Kind. Dies bedeutet jedoch nicht automatisch, und dies ist der Autorschaft ein Anliegen, das für psychische Behinderung immer der Familien die alleinige „Schuld“ zugeschrieben werden kann. Familienberater und –beraterinnen gehen vielmehr von einem systemtheoretischen Modell aus (§11).

Gemäss Esther Weber (2005) kann ein System als dynamisches Ganzes verstanden werden, die aus einzelnen Teilen besteht. So steht das Kind Eltern gegenüber, geht in eine Schule und lebt in einem Haus oder in einer Wohnung. Diese Einflussfaktoren stehen in gegenseitiger Abhängigkeit zueinander und beeinflussen durch ihr Verhalten und Zusammenwirken das ganze System. Es ist nicht möglich sich dieser Rückkoppelung zu entziehen. Auch wenn ein Teil des Systems, zum Beispiel der Vater, nicht vor Ort ist, beeinflusst er (indirekt) die Interaktion. Ein System ist zwar per Definition von ihrer Umwelt abgrenzbar und hat ihre eigene Identität, richtet sich jedoch auch auf seine Umwelt aus.

Die einzelnen Systeme sind jedoch nicht statisch zu verstehen. Sie verändern sich ständig und passen sich so gut wie möglich an die aktuelle Situation an. Diese Fähigkeit zur Selbstregulierung nennt man Autopoiese (altgriechisch für selbst schaffen, bauen, Prozess der Selbsterschaffung und -erhaltung eines Systems). Durch einen Umwelteinfluss, wie beispielsweise ein Beratungsgespräch, kann das System Familie in einen neuen Zustand übergehen und neue Muster entwickeln. Sozialarbeiterische Interventionen beabsichtigen deshalb die autopoietischen Fähigkeiten von Klientensystemen zu aktivieren. Ein Gespräch soll anregen und Interventionen sollen etwas in Bewegung setzen, ohne genau zu wissen, in welche Richtung diese Bewegung gehen wird (S. 15-19).

Das behinderte Individuum wird im Familiensystem als „Symptomträger“ bezeichnet, da seine Symptome auf Familienstrukturen und –prozesse verweisen, welche eine krankmachende Reaktion hervorrufen. Die psychischen Probleme und Verhaltensstörungen, welche die Autorschaft unter

psychischer Behinderung zusammenfasst, einer einzelnen Person werden somit in engem Zusammenhang mit Konflikten und problematischen Beziehungsdefinitionen innerhalb des System gesehen. Dieses Beziehungsnetz des „Symptomträgers“ wird in die Behandlung einbezogen beziehungsweise wird zur eigentlichen Behandlungseinheit.

Die erkrankte beziehungsweise behinderte Person ist dann zwar der/die sogenannte „identifizierte Patient/in“ (IP), der/die jedoch nicht losgelöst aus seinem/ihrem Interaktionsfeld separat behandelt werden sollte. Familienberater und -beraterinnen setzen bei Ursprungsort der Probleme an und helfen, unter Berücksichtigung der Gesamtkonstellation, bei der Lösung von Problemen und Konflikten, verändern Kommunikationsprozesse, Rollen und Systemeigenschaften. Das Verhalten und Erleben der Familienmitglieder wird modifiziert und beeinflusst. (Textor, 2010, ¶1). Mit einer „Kompetenzorientierten Arbeit in stationären Settings“ (KOSS), will Cassée „für die Problembelastung von Kindern...und deren Eltern ein möglichst gut passendes Hilfsangebot bereitstellen.“ Eine Kompetenzorientierung impliziert nach Cassée & Spanjaard (2009) ein systemisches Denken, welches die individuelle Perspektive überwindet und die Wechselwirkung der Interaktionen von Personen ins Zentrum stellt (S. 53). Das Kompetenzmodell ist dem kritischen Konstruktivismus angelehnt (Maja Heiner, 1995, S. 427). Wenn eine Veränderung erzielt werden soll, so ist es sinnvoll, diese von unterschiedlichen Seiten zu initiieren. Es werden, in Anlehnung an Wim Slot und Han Spanjaard (2009) drei einzelne Phasen gebildet, welche den stationären Aufenthalt strukturieren. Die einzelnen Phasen sind mit klaren Regeln, Aufgaben und Erwartungen an die Kinder und die Eltern gekoppelt. verbunden. Die Phasen geben den Eltern, den Kindern und dem Behandlungsteam eine Struktur, welche gute Anhaltspunkte für den Entwicklungsprozess des Kindes bietet (zit. in Cassée & Spanjaard, 2009, S.65).

Der Prozess beginnt mit der Diagnosephase (Phase 1) und kann als Standard in sechs Wochen durchlaufen werden. Nach dieser Zeit wird ein erster Zwischenbericht mit Empfehlungen und Zielen ausgearbeitet und mit den Eltern und eventuell mit den zuweisenden Stellen besprochen.

In der Interventionsphase (Phase 2) kann die Dauer variieren, da die Planung individuell und diagnosegestützt geplant und strukturiert wird. Im Zwischenbericht sollen allerdings klare Aussagen zur geplanten Aufenthaltsdauer sowie zu den zu erreichenden Zielen gemacht werden. Die externe Steuerung des Verhaltens (durch die Fachkräfte und die Tagesstruktur) werden immer mehr abgelöst durch Selbststeuerung der Kinder. Sie verbessern so ihr Selbstmanagement. Um die Erziehungsverantwortung nach dem Austritt wieder wahrnehmen zu können, werden die Eltern entlang der Phasen unterstützt. Es wird mit den Eltern gearbeitet um beispielsweise die Eltern-Kind-Beziehung zu klären, die elterlichen Ressourcen und Fähigkeiten zu erfassen und die elterlichen

Kompetenzen zu verbessern. Die Phasen werden durch Evaluationsinstrumente begleitet, welche die Grundlage für den Übertritt in die nächste Phase liefern.

In der Regel dauert die Austrittsphase (Phase 3) nochmals sechs Wochen. Sie kann aber individuell verlängert oder verkürzt werden. Nach dem Austritt sind weiter begleitende Kontakte mit den Kindern und den Eltern vorzusehen, sogenannte Follow-up-Gespräche.

Um den Hilfsprozess und die unterschiedlichen Instrumente zu beleuchten, wird an dieser Stelle das Zyklusmodell für den Hilfsprozess nach Cassée (2007) beispielhaft vorgestellt. Aus Sicht der Autorschaft eignet sich Cassées Modell speziell für eine interdisziplinäre Zusammenarbeit, welche wie bereits erwähnt in der Kinderpsychiatrie unerlässlich ist. Die unterschiedlichen Optiken der Professionen vermag dieses Modell zu verarbeiten und ermöglicht in jedem Arbeitsschritt und in jeder Phase einen interdisziplinären Diskurs. Die drei erläuterten Phasen, werden in sieben Arbeitsschritte zerlegt (S. 58) welche aufeinander aufbauen (vgl. Tab. 7).

Diagnostikphase	1. Aufnahme / Anmeldung
	2. Analyse
	3. Diagnose
	4. Hilfskonzept / Indikation
Interventionsphase	5. Individueller Hilfsplan
	6. Intervention
Austrittsphase	7. Evaluation

Tabelle 7: Phasen und Schritte im kompetenzorientierten Hilfsprozess in Anlehnung an Cassée, 2007, S. 66

Es stehen unterschiedliche Aufgaben an, welche einer zeitlichen Abfolge unterliegen. Cassée (2007) unterscheidet innerhalb des Modells zwischen einem diagnostischen Prozess und einem Interventionsprozess. Im Zyklusmodell ist dies im mittleren Kreis ersichtlich (vgl. Abb. 16). Ganz grundsätzlich soll das Modell, wenn die beteiligten Akteure mit vergleichbaren und anschlussfähigen Instrumenten arbeiten, eine begründete Indikation und schlanke Verlaufsdiagnostik erreichen. Im Weiteren gewährleistet es die Möglichkeit zur Kooperation der involvierten Akteure ohne unerwünschte Doppelspurigkeiten und Informationsverluste (S. 65). Unbestritten ist, dass die Psychiatrie mit äusserst komplexen und einmaligen Systemen und Problemdarstellungen konfrontiert ist. Dies könnte dazu führen ein Phasenmodell grundsätzlich abzulehnen, da, so die Kritiker, komplexe Fälle nicht in starren Phasen angegangen können sondern ganz individuell vorgegangen werden muss. Die theoretisch gut unterlegte Methodik, kann auf sehr viele Praxisprobleme angewendet werden, dies zeigen die Erfahrungen von Cassée (2007). Die Fallkomplexität wird durch ein Modell zwar nicht einfacher, jedoch vereinfacht es das Verständnis und macht den Fall leichter lern- und machbar (S. 60). Trotz der Individualität der Fälle und der

starken Systematisierung des Modells, ist die Autorschaft der Ansicht, lässt sich das Modell auf sämtliche Fälle anwenden. Das KOSS-Modell ist in der Folge zyklisch dargestellt und beginnt mit der Anmeldung eines Falls. Im Gegensatz zur tabellarischen Darstellung, welche zwischen Phasen und Schritten unterscheidet, soll dieses Schaubild verdeutlichen, dass es sich um einen Kreislauf handelt, welcher mehrmals durchlaufen werden kann.

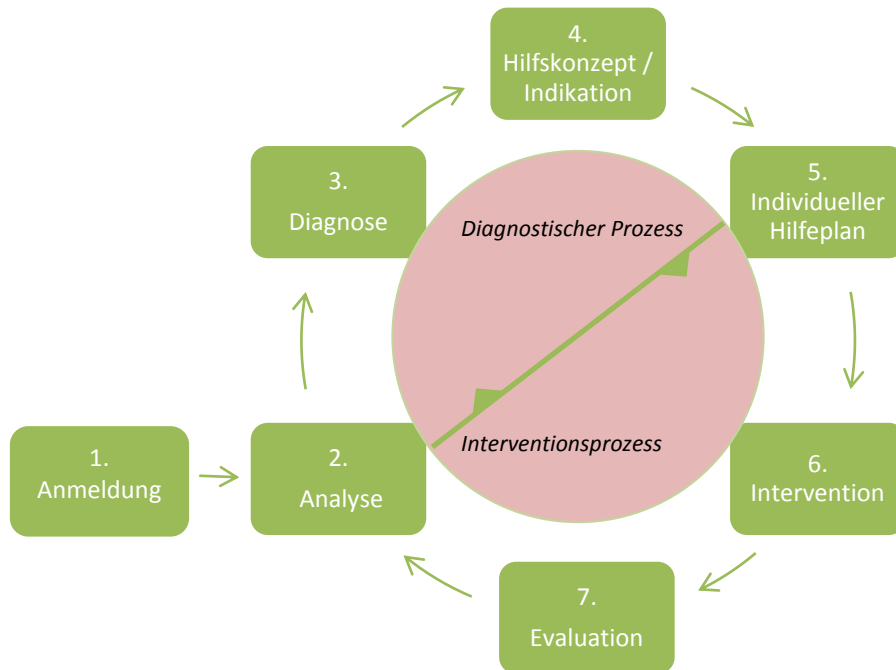


Abbildung 16: Zyklusmodell für den Hilfeprozess in Anlehnung an Cassée, 2007, S. 65

5.3 Einbezug der Familie

Folgt man einer systemischen Arbeitsweise, ist der Einbezug der Familie unerlässlich. Die KOSS-Methodik sieht während aller Phasen des stationären Aufenthaltes den aktiven Einbezug der Eltern beziehungsweise der Familie vor. Dazu muss klar sein, wer zum Familiensystem gehört (vgl. Kapitel „Familiensystem“). Die familiäre Situation sollte möglichst frühzeitig geklärt werden (Cassée & Spanjaard, 2009, S. 177).

Im diagnostischen Prozess sind die Eltern, wenn möglich, stark engagiert. In dieser Phase werden die Lebensbedingungen der Familie erfasst und die Erziehungskompetenzen der Eltern beurteilt.

Im Interventionsprozess sollen die Eltern in die Lern- und Veränderungsprozesse des Kindes einbezogen und dazu motiviert werden, ihre Erziehungsfähigkeiten und die familiären Lebensbedingungen besser auf die Entwicklungsbedürfnisse ihres Kindes abzustimmen (Cassée & Spanjaard, 2009, S. 177-179). Bei der Familienberatung werden drei Ebenen berücksichtigt, die des einzelnen Familienmitgliedes, die der Familie und ihrer Subsysteme (Ehe-, Eltern-Kind- und

Geschwister-Subsysteme), jedoch auch erweiterte grössere Systeme wie erweiterte Familie, Netzwerke, Institutionen und Gesellschaft (Textor, 2010, „Therapieziele“, ¶12).

Wie im dritten Teil der Arbeit gesehen, sind Geschwister ein wichtiges Subsystem der Familie und sollen nicht vergessen werden. Geschwister sollen in den Behandlungsprozess einbezogen werden, so Ritter-Gekeler (2005), denn oft sind Geschwister von psychisch behinderten Kindern belastet, weil sie die Vernünftigen sein müssen und zurückstecken sollen. Oftmals beklagen die Eltern der Kinder extreme Geschwisterkonflikte. Wenn man die Geschwister für den Behandlungsprozess gewinnen kann, sind sie häufig eine grosse Hilfe. Sie beobachten oft genauer als die Eltern und sind deshalb eine wichtige Informationsquelle, beispielsweise warum bestimmte Interventionen nichts genützt haben (S. 7-8). Es ist anzustreben, dass sich die einzelnen Familienmitglieder in der Therapie weiterentwickeln und reifer werden. Dazu muss ihre Individuation, ihre Selbstdifferenzierung und ihre Selbstverwirklichung gefördert und Faktoren wie Wahrnehmungsstörungen, Abwehrmechanismen, irrationale Einstellungen, intrapsychische Konflikte, Ängste und negative Selbstwertgefühle abgebaut werden. Die Familienmitglieder sollten lernen, ihre Sinne richtig einzusetzen, sich selbst zu reflektieren, Informationen zu verarbeiten und Probleme zu lösen. Das Ziel ist es, problematisches Verhalten zu reduzieren und neue Verhaltensweisen zur Anpassung zu erlernen. Die Begegnung, der Zusammenhalt und die gegenseitige Unterstützung innerhalb der Familie soll gefördert werden (Textor, 2010, „Therapieziele“, ¶12). Die Autorschaft betrachtet diesen Anspruch an die einzelnen Familienmitglieder als relativ hoch. So ist beispielsweise die Bereitschaft, die zeitlichen Ressourcen und die kognitive Leistungsfähigkeit der Personen in Textors Forderung gänzlich ausgeblendet.



Die Eltern von Max und seine Schwester Lea werden von der Kinderpsychiatrie von Anfang an in den Behandlungsprozess eingebunden. Einerseits, damit der zuständige Sozialarbeiter Herr Fink und weitere involvierte Fachpersonen die Lebensbedingungen von Max genauer analysieren können und andererseits, damit seine Eltern und seine Schwester ebenfalls unterstützt werden können.

5.4 Anmeldung / Aufnahme

Die erste Phase des Aufenthaltes in der Kinderpsychiatrie ist die sogenannte Diagnostikphase, das heisst im Zentrum steht das Sammeln und Analysieren von wichtigen Informationen (Cassée & Spanjaard, 2009, S. 101). Der erste Schritt in der Diagnostikphase ist die Anmeldung und die Aufnahme des Kindes in die stationäre Einrichtung.

Wenn ein Kind in die Kinderpsychiatrie eintritt, meist tut es dies nicht freiwillig, betritt es eine ganz neue Welt. Für einen guten Verlauf ist es, so Cassée & Spanjaard (2009) ist der erste Kontakt sehr wichtig und prägt den weiteren Verlauf des stationären Aufenthalts. Aus diesem Grund muss der erste Kontakt gut vorbereitet sein (S. 99).

Oftmals befindet sich die Familie in einer Krisensituation, die Eltern sind seit längerem belastet und verunsichert. Nicht selten fühlen sich die Eltern überfordert und schuldig an der Situation. Es ist wichtig in dieser Situation genügend Raum zu lassen für Fragen. Die Eltern sollten genügend Raum erhalten um die Situation zu schildern. Sie können hier bereits deutlich machen, dass sie mit der Familie an den Themen arbeiten werden, die zu den Belastungen geführt haben. Sie bestärken die Familie, indem sie aufzeigen, dass vieles gut gemacht wurde. Weiter vermeiden sie Fachbegriffe, achten auf nonverbale Zeichen der Familienmitglieder (beispielsweise Zeichen von Angst, Misstrauen, usw.) und gehen adäquat darauf ein. Folgende Themen müssen verbindlich während des ersten Kontaktes angesprochen werden (Cassée & Spanjaard, 2009, S. 100):

- Informationen über den Aufenthalt
- Gründe für die Platzierung
- Klärungen zur Rolle der Fachpersonen
- Umgang mit Informationen und Datenschutz
- Konkrete Termin- und Themenplanung



Frau Dr. Scholler, die Psychiaterin von Max hat ihn in der kinderpsychiatrische Therapiestation der Luzerner Psychiatrie in Kriens angemeldet. Die Institution nimmt Kinder von sieben- bis zwölfjährig auf und sie bietet 15 Plätze und eine interne Sonderschule für Kinder an, die eine intensive psychiatrisch-psychotherapeutische und pädagogisch-schulische Behandlung und Förderung brauchen. Max trifft zusammen mit seinen Eltern und seiner Schwester Lea in der Klinik ein. Die Familie wird von der therapeutischen Leiterin (Psychologie) begrüsst, welche für die Anmeldungen zuständig ist. Die Klinik und ihr Angebot (Therapien, verschiedene Berufsgruppen, usw.) werden vorgestellt, die Familie wird über die Besuchszeiten informiert, die Gründe für die Platzierung werden thematisiert, das weitere Vorgehen wird besprochen und die Familie wird darüber aufgeklärt, wie sie am Behandlungsprozess teilhaben kann.

Wenn eine Aufnahme erfolgt ist, beginnt die eigentliche Diagnostikphase im KOSS-Modell.

5.5 Analyse

Der zweite Schritt in der Diagnostikphase, ist die Analyse. Dieser Schritt wird unterteilt in globale, erweiterte und vertiefte Analyse. Mit Hilfe aller Familienmitglieder werden Informationen gesammelt. Hierbei wird die Sichtweise von allen Familienmitgliedern einbezogen, analysiert und bewertet. Das Klientensystem (z.B. die Familie) und ihre Teilnehmer sollen gemeinsam eine Hilfefrage herausarbeiten. Zu beachten ist hierbei, dass die Perspektive des Klientensystems und jene der Professionellen getrennt werden muss und etwaige Differenz sichtbar gemacht werden sollen (S.66). Je nach Alter der Kinder, so ist die Autorschaft der Auffassung, kann nicht die demokratische Aushandlung der Hilfefrage in der immer selben Ausprägung angestrebt werden.

Der Analyseteil wird unterteilt noch einmal unterteilt und in eine Globalanalyse und eine erweiterte Analyse unterteilt.

5.5.1 Globale Analyse

Mit der globalen Analyse wird hier ein Instrument herausgegriffen, welches beim Analyseschritt helfen kann. (Cassée, 2007, S. 67). Analyse bedeutet immer Information und Kenntnisnahme. Beim vorgestellten Instrument geht es darum die Person in seiner Umwelt zu erfassen oder zu analysieren.

„person-in-environment“ (PIE) / Person-in-ihrer-Umwelt

Zu Beginn des Hilfeprozesses soll nach Helmut Adler (2003) eine Einschätzung der Situation gemacht werden. Oder wie Cassée es nennt eine Diagnose gemacht werden. Adler (2003) nennt diesen Prozess „assessment“. Das hier vorgestellte Assessmentinstrument für die Soziale Arbeit ist das Konzept der Person-in-ihrer-Umwelt oder „person-in-environment“ (PIE) (¶1) und eignet sich gut für die Betrachtung ganzer Systeme und findet zudem Anwendung in der Praxis und kann somit als Relevant bezeichnet werden.

Ritter-Gekeler (2005) gibt zu bedenken, dass sich ein Kind in verschiedenen Lebensfeldern aufhält und sich darin bewegt (Familie, Freunde, Schule, Hobbies, Vereine, usw.) Diese Systeme haben eigene Regeln und Ordnungen. Es ist daher wichtig zu erfahren, wie das Kind in diesen verschiedenen Bereichen zu Recht kommt und welche Beziehungen zwischen diesen Lebensumfeldern bestehen. Es ist wichtig zu erfahren, wie sich das Kind in welchen Kontexten, wie verhält. Damit kann man seine Ressourcen besser erkennen. So kann ein Kind in der Schule oder im Verein sehr angepasst sein, in der Familie aber starke Belastungen auslösen. (S. 4-7).

Das PIE geht auf das „social casework“ zurück, was wiederum ein Grundstein für die Klinische Sozialarbeit in den USA war. Mary Richmond entwickelte 1917 das Konzept der „Person-in-ihrer-Umwelt“ für eine systemische Arbeitsweise als Ergänzung zur ehrenamtlichen Tätigkeit. Die methodische Grundlage, welche Richmond für die Fallarbeit entwickelte, diente der Erkundung, Diagnose und Behandlung. Diese Systematik adaptierte Richmond aus der Medizin. Gemäss Geissler-Piltz, Mühlum und Pauls (2005) steht das Konzept der „Person-in-ihrer-Umwelt“ (S. 21) im Zentrum des bio-psycho-sozialen Verständnisses von Gesundheit und Krankheit. Für Pauls (2011b) ist konstruktive psycho-soziale Veränderung ein Prozess, der „Erleben-Verhaltens-der-Person-in-konkreten-Situationen“ und betrifft vor allem die soziale Umgebung (S. 64).

Die Annahme von Richmond, dass man nicht nur die Menschen an ihre Umgebung, sondern auch die Umgebung an die Menschen anpassen sollte, war für die Klinische Sozialarbeit bahnbrechend und prägend. Dieser doppelte Fokus, das heisst menschliches Verhalten nicht losgelöst von den individuellen und sozialen Lebensverhältnissen zu begreifen, ist bis heute grundlegend für die Klinische Sozialarbeit. Das Konzept der „Person-in-ihrer-Umwelt“ impliziert, den Klienten die Klientin und seine/ihre soziale Situation als wechselseitige Beziehung zu erfassen und auch die helfende

Person mit ihrem Einfluss auf das involvierte System zu reflektieren (zit. in Geissler-Piltz, Mühlum & Pauls, 2005, S. 131-133). Die folgende Aufstellung soll nochmals verdeutlichen, dass eine soziale Diagnose und gestellt werden kann, wenn die Person und das Umfeld sowie die Interaktion dieser beiden betrachtet wird. Die Intervention wird anschliessend wieder in die beiden Einflussfaktoren dividiert und es werden personenbezogene und umfeldbezogene Interventionen entwickelt. (vgl. Abb. 17).

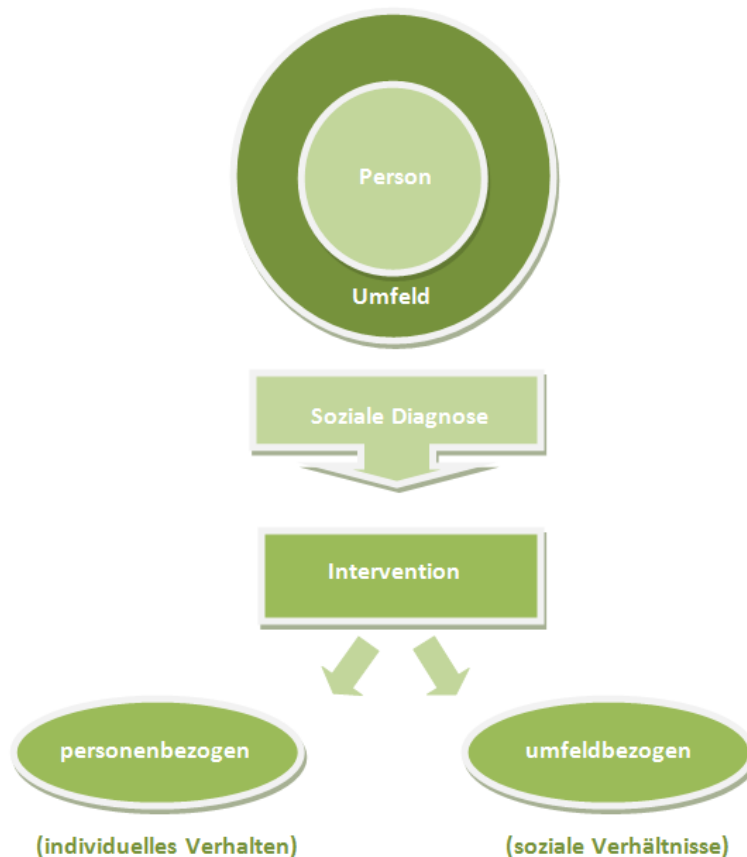


Abbildung 17: Doppelter Fokus der Diagnose, eigene Darstellung in Anlehnung an Geissler-Piltz, 2006, S. 7

Gemäss Geissler-Piltz (2006) ist das PIE die Grundlage der sozialen Diagnose und der Interventionen der Sozialen Arbeit (S. 8). Nach Adler (2003) bietet das PIE eine Basis, um eine „Klassifikation sozialer Probleme sowie eine Systematik sozialarbeiterischer Interventionen“ vorzunehmen. Es ist geeignet für die Erfassung und Einschätzung sozialer Funktionen einer Person, das heisst deren Funktionieren (Ressourcen) und deren Auffälligkeiten (Defizite). Es werden auch körperliche und psychische Erkrankungen und Verhaltensprobleme integriert. Ausserdem soll es den Praktikern und Praktikerinnen der Sozialen Arbeit eine „gemeinsame Sprache“ zur Verfügung stellen („Klassifikationssysteme“, ¶12). Dies soll eine im Einzelfall besser auf Daten gestützte und damit bessere wissenschaftliche Fundierung der Hilfeplanung ermöglichen. Weiter soll das PIE die

Anschlussfähigkeit sozialer Diagnosen an die Klassifikationssysteme anderer Berufsgruppen, wie Medizin und Psychiatrie, vereinfachen (Gernot Hahn, 2006, S. 45-46).

Bei psychischen Erkrankungen beziehungsweise Behinderungen ist es wichtig, diagnostisch die Ursachen auf allen drei Manifestationsebenen (bio-psycho-sozial) abzuklären und bei Interventionen zu berücksichtigen. Die Klinische Sozialarbeit sollte die Lebenswelt der Person als komplexes „Lebensführungssystem“ verstehen und einbeziehen, denn der bio-psycho-soziale Ansatz beinhaltet unvermeidlich eine systemische Perspektive (Pauls, 2011, S. 109/S. 283). Diese systemische Perspektive soll in der Nachfolgenden Abbildung verdeutlicht werden und zeigen, in wie vielen verschiedenen Wechselbeziehungen ein Kind steht (vgl. Abb. 18).

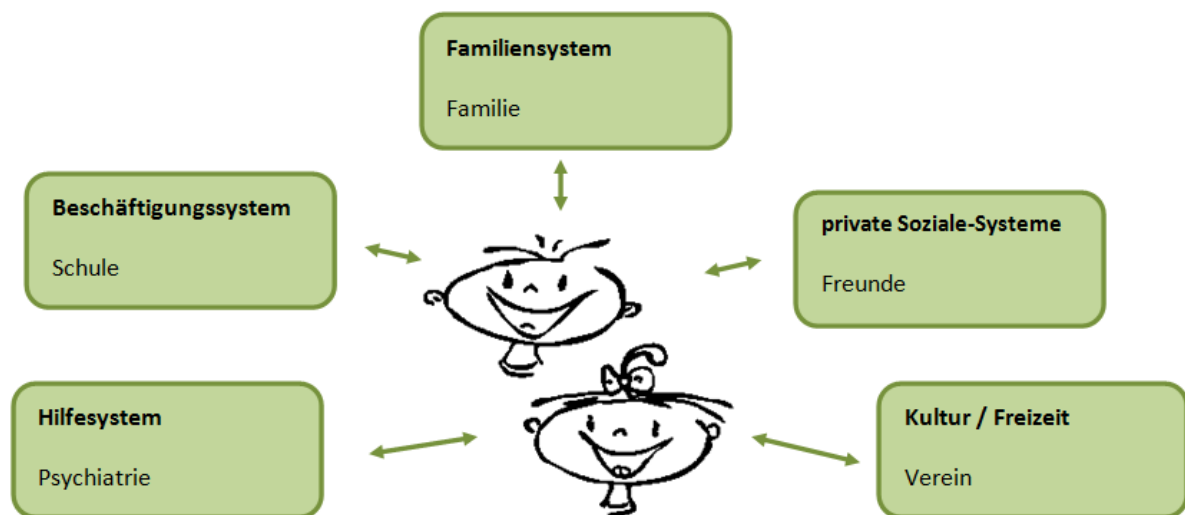


Abbildung 18: Lebensführungssystem in Anlehnung an Pauls, 2011, S. 109

An dieser Stelle verlassen wir die Globalanalyse und es wird der zweite Teil der Analyse, die sogenannte erweiterte Analyse beleuchtet.

5.5.2 Erweiterte Analyse

Die Analyse der Umwelt des Kindes und der Familie kann sehr aufwändig sein. Aus diesem Grund werden hier einige Instrumente vorgestellt, welche als Beispiele dienen und von der Autorschaft als äusserst tauglich angesehen werden. Mit dem Genogramm und FAST sollen Instrumente vorgestellt werden, welche einfach umgesetzt werden können und trotzdem ein kindergerechtes Arbeiten erlauben.

Genogramm

Das Genogramm wurde in der systemischen Familienarbeit entwickelt und dient zur grafischen Erfassung von Familiensystemen. Es erfolgt eine, einem Stammbaum ähnliche, skizzenhafte Darstellung über mindestens zwei, aber auch drei oder mehr Generationen mit Symbolen, Angaben und einer Legende. Aufgezeichnet werden kann vielerlei, Partnerschaften, Trennungen, Abstammungen, aber auch Konflikte (offene und verdeckte), Über- oder Unterengagement, Koalitionen, usw. Neben der Erfassung der Familienzusammensetzung, können also auch familiendynamische Aussagen festgehalten werden (Ortmann & Röh, 2008, S. 44). In der Folge hat die Autorschaft zur Veranschaulichung das Genogramm der Familie Vogel aufgezeichnet (vgl. Abb. 19) und mit den Regeln der Technik versehen. Die Legende dazu befindet sich im Anhang.



Genogramm Familie Vogel

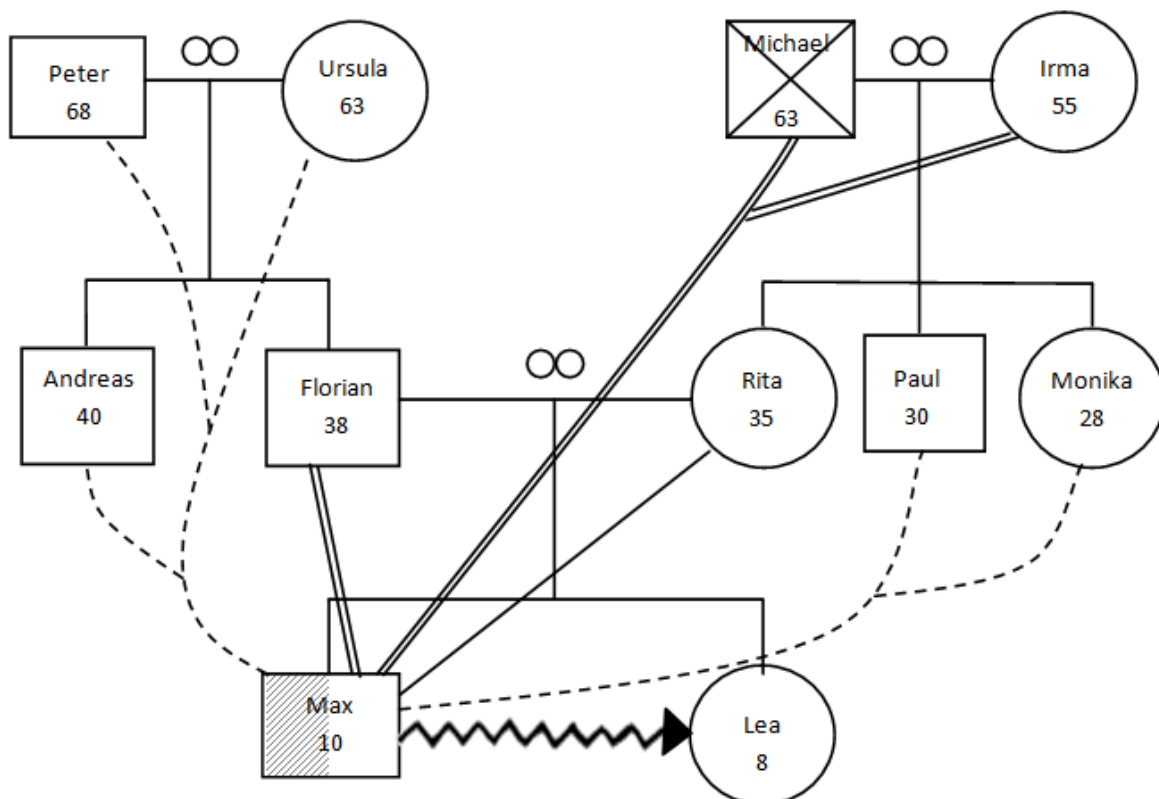


Abbildung 19: Genogramm „Familie Vogel“, Eigene Darstellung (vgl. Legende im Anhang G)

Ursula Davatz, Ärztin, Psychiaterin und Systemtherapeutin mit eigenen Praxen in Baden und Zürich, hat auf unsere Anfrage per Mail betreffend ihrer Arbeitsweise am 12. April 2012 folgendes geantwortet: „Ich verwende die Familientherapie mit einer Person nach Murray Bowen. Er ist einer der Grossväter und Begründer der Familientherapie mit drei Generationen. Man macht dabei im Erstgespräch stets ein Genogramm, das heisst ein Familiendiagramm, welches man für jede Sitzung wieder hervor nimmt. Diese Art der Familientherapie hat sich besonders geeignet für mich, weil man nicht unbedingt die ganze Familie im Raum haben muss, sondern eben auch nur mit einer Person arbeiten kann. Die Methode eignet sich auch für schwierige Krankheiten wie Schizophrenie, Drogensucht oder psychosomatische Krankheiten. Nach meiner Erfahrung ist diese Methode äusserst effizient. Ich sehe die Patienten in der Regel nur einmal im Monat, nach Bedarf natürlich häufiger, aber die Regel ist einmal pro Monat und weniger.“ Die Aussagen von Frau Davatz bestätigen den Eindruck von Julia Voerckel und Torsten Klemm (2010) sowie den Eindruck der Autorschaft, dass ein Genogramm eine äusserst effektives Instrument ist um komplexe mehrgenerationale Verbindungen darzustellen (S. 32). Ein Genogramm kann auch mit der Klientschaft oder der ganzen Familie erstellt werden (Matter & Ablanap, 2009, S. 51). In der Familienarbeit kann ein Genogramm ganz unterschiedlich genutzt werden. Als Einstieg, um Kontakt herzustellen oder zur Blickfelderweiterung und Ausleuchtung des familialen Hintergrunds. Monica McGoldrick, Randy Gerson und Sueli Petry (2009) sagen, dass das Genogramm ein wichtiges Instrument für die Familienanamnese ist, da wichtige Informationen über die Familie gesammelt und für alle sichtbar gemacht werden können (S. 14). Die Erfahrungen der Autorschaft zeigen, dass dieses Mittel sehr hilfreich und einfach einsetzbar ist. Es ist für die meisten Klienten und Klientinnen gut verständlich und überwindet auch Sprachbarrieren. Es ist ein Interaktiver Prozess, wobei Hierarchien zwischenzeitlich verschwinden können oder sogar umgekehrt werden, was besonders hilfreich ist, um eine Beziehung aufzubauen. Es sollten mindestens drei Generationen einbezogen werden. Egal wie weit zurück und über wie viele Generationen das Genogramm erstellt wird, alleine die Auseinandersetzung und das Interesse an der Familie und allen früheren Ereignissen, welche scheinbar nichts zu tun haben mit dem Symptom des Kindes, zählen. Dadurch kann die Familie allmählich in ihrem räumlich-zeitlichen Kontinuum begriffen werden (Arist von Schlippe, 2009, S. 109) sowohl von der Familie selbst wie auch vom Behandlungsteam.

Je nach Alter der Kinder, ist ein Genogramm nicht so einfach verständlich und dient vielmehr als Handnotiz für den/die Professionelle/n. Im Gegensatz zum zweiten Instrument welches nachfolgend präsentiert wird, benötigt es nicht immer alle Anwesenden und beeinflusst somit auch die Häufigkeit der Familiengespräche, so auch die Aussage von Davatz.

Analyse des Familiensystems

Thomas M. Gehring (1998) stellt mit dem Familien-System-Test (FAST) ein Instrument vor, welches erfolgreich und empirisch vielfältig bestätigt wurde. Er wird genutzt, um Familienstrukturen quantitativ sowie qualitativ zu beschreiben und dient an dieser Stelle als Beispiel für ein Skulpturverfahren das heißt ein Instrument aus der qualitativen Beziehungsdiagnostik, welches durch die spielbrettartige Aufstellung auch für relativ kleine Kinder verständlich ist und Spaß machen kann. Er beruht auf der strukturell systemischen Familientheorie und hilft Familien und einzelne Personen zu positionieren und diese real auf dem Spielbrett sichtbar zu machen. Durch diese Entdeckungsreise in der Familie können Hypothesen und bereits erste Ideen für eine Problemlösung generiert werden. (zit. in Voerckel & Klemm, 2010, S. 32). Generell ist davon auszugehen, so Thomas M. Gehring, Marianne Debry und Peter K. Smith (2001), dass die Familienmitglieder ihre Beziehung zueinander unterschiedlich wahrnehmen (zit. in Voerckel & Klemm, 2010, S. 35). Der FAST findet in Supervision, im Bereich der systemischen Therapie und Beratung sowie in der klinischen Praxis Anwendung. Auf die letztere Verwendung wird nachfolgende speziell eingegangen.

Die Testumgebung stellt ein weisses, schachbrettähnliches Feld (45 x 45 cm) mit 9 x 9 Feldern dar. Die Familienmitglieder werden mit männlichen und weiblichen Holzfiguren (8 cm Höhe) symbolisiert. Es besteht die Möglichkeit die Figuren auf einen Sockel zu stellen (1,5, 4 oder 4,5 cm Höhe). Mit diesen zylindrischen Klötzchen, können bestimmte Machtverhältnisse dargestellt werden (vgl. Anhang H). Im Test werden drei Repräsentationen aufgebaut: Wie sich die Familie typischerweise repräsentiert (TR), die Idealvorstellung (IR) und zum Schluss eine beliebige Konfliktsituation in der Familie, welche sich zwischen den Eltern, den Geschwistern oder zwischen Eltern und Kind zugetragen haben könnte (KR). Durch nachfragen, sollen möglichst viele Detailinformationen zu den typischen Beziehungen der Familie, den Wünschen, Konflikten und den Lösungsphantasien in den einzelnen Situationen in Erfahrung gebracht werden.

Diese dreidimensionale Figurentechnik erfasst die familialen Beziehungen. Zum einen die Kohäsion in Form des Abstandes der Figuren, zum anderen die Hierarchie mit den Höhenunterschieden zwischen den Figuren. Aufgrund dieser Aufstellung können die Dimensionen in drei Kategorien (hoch, mittel und niedrig) eingeteilt werden. Die Unterschiede der drei aufgestellten Repräsentationen (TR, IR und KR) liefern den Flexibilitätswert“ (Voerckel & Klemm, 2010, S. 33).

Flexibilität

Um den Flexibilitätswert zu definieren, wird die Veränderung von Kohäsion und Hierarchie zwischen den unterschiedlichen Repräsentationen (TR, IR und KR) gemessen. Gehring (1998) errechnet diesen Wert wie folgt: „Tiefe Kohäsion beziehungsweise Hierarchie erhält einen Punkt, mittlere Ausprägung der Dimensionen erhält zwei Punkte, hohe Ausprägungen drei Punkte. Somit kann sowohl das Ausmass, als auch die Richtung (Zu- oder Abnahme von Kohäsion und Hierarchie) von typischer zu idealer beziehungsweise konflikthafter Repräsentation ermittelt werden. Aus den Kombinationen der beiden Hauptdimensionen (Hierarchie und Kohäsion), vgl. Abb. 20, können drei Strukturtypen abgeleitet werden. Es sind dies, eine balancierte Familienstruktur, eine labil-balancierte Struktur und eine unbalancierte Struktur (zit. in Voerckel & Klemm, 2010, S. 32).

FAST-Dimensionen

In der folgenden Matrix (vgl. Abb. 20) sollen die beiden Hauptdimensionen im FAST veranschaulicht werden. Zur Verdeutlichung wurden die oben beschriebenen Strukturtypen nach dem Schema einer „Strassenampel“ gekennzeichnet (■ balanciert ■ labil-balanciert ■ unbalanciert)

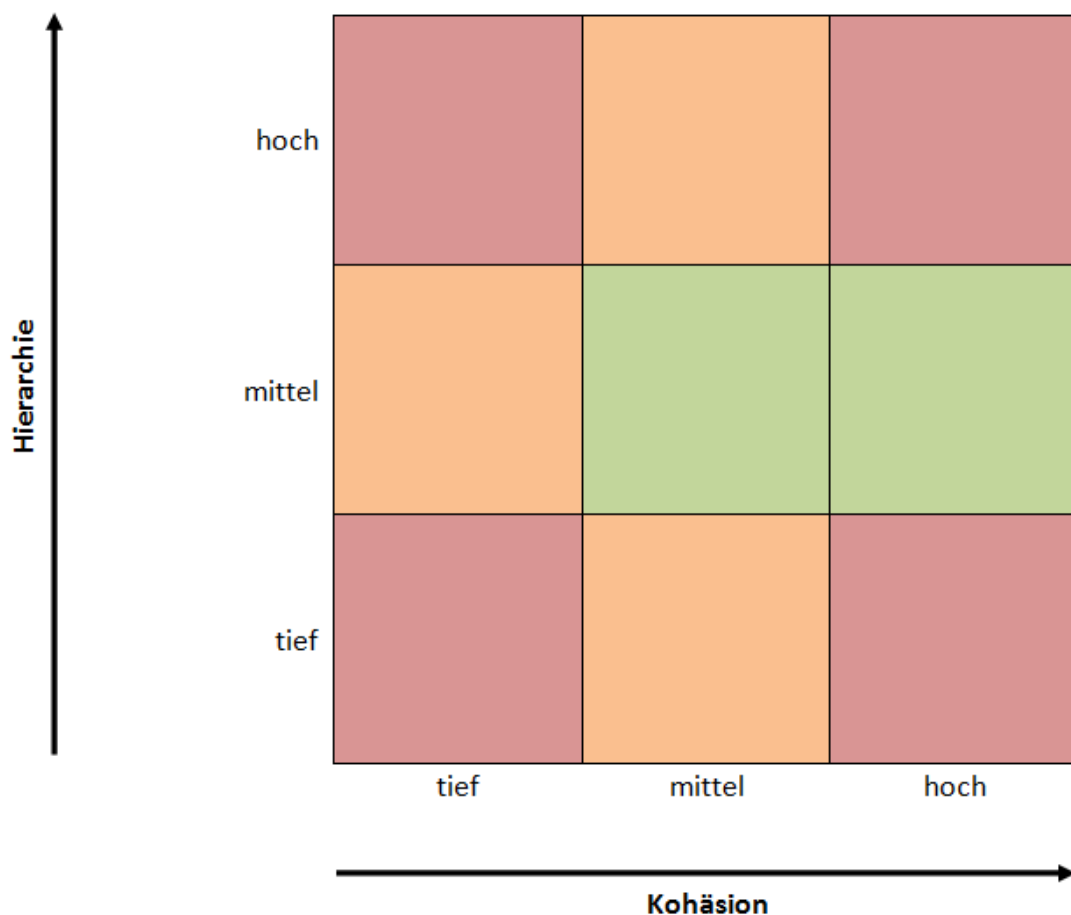


Abbildung 20: FAST-Dimensionen in Anlehnung an Voerckel & Klemm, 2010, S. 35

Nun weiss man zwar, wie sich die beiden Hauptdimensionen verhalten, jedoch soll in der Folge noch vertiefter auf die Begriffe eingegangen werden.

Die Kohäsion (stammt aus dem Lateinischen „cohaerere“, was so viel bedeutet wie zusammenhängen) kann in der Analyse des FAST sowohl für einzelnen Subsysteme, zum Beispiel den Eltern, oder für die gesamte Familie bestimmt werden. Im FAST werden drei Kohäsionsstufen (vgl. Tabelle 8) unterschieden.

Hohe Kohäsion	Alle Familienmitglieder stehen in unmittelbarer Nachbarschaft
Mittlere Kohäsion	Alle Familienmitglieder sind innerhalb eines Quadrates von 3 x 3 Feldern aufgestellt. Bei fünf Figuren darf eine von ihnen ausserhalb stehen, jedoch in unmittelbarer Nachbarschaft, bei sechs Figuren dürfen zwei von ihnen ausserhalb stehen. Ausserdem werden Aufstellungen in horizontaler oder vertikaler Reihe ohne Unterbrechung ebenfalls als mittelkohäsiv eingestuft
Tiefe Kohäsion	Aufstellung weiter auseinander

Tabelle 8: Stufen der Kohäsion, eigene Darstellung in Anlehnung an Voerckel & Klemm, 2010, S. 33

Ein Elternsystem gilt als hochkohäsiv, wenn die Eltern nebeneinander stehen. Mittelkohäsiv bei einem diagonalen Stand und tief kohäsiv bei weiterer Entfernungen. Für Geschwister gelten dieselben Kriterien wie bei den Eltern. Wenn es mehr als zwei Geschwister sind, gelten dieselben Kriterien wie für die gesamte Familie.

Von intergenerationalen Koalitionen wird ausgegangen, wenn zwischen zwei Generationen (Eltern-Kind-Dyade) ein höherer Kohäsionswert entsteht als innerhalb einer Generation (Eltern-Dyade) (zit. in Voerckel & Klemm, 2010, S. 33). Die zweite Hauptdimension ist die Hierarchie, welche Gehring (1998) auch als „Autorität, Dominanz oder gegenseitige Einflussnahme“ definiert. Analog zur Kohäsion kann auch hier die Werte (vgl. Tabelle 9) für ein Subsystem oder für die gesamte Familie fixiert werden.

Hohe Hierarchie	Der mächtigere Elternteil und das mächtigste Kind haben einen Hierarchieunterschied von mindestens drei Sockel-Steinen
Mittlere Hierarchie	Der Höhenunterschied von ein oder zwei Sockel-Steinen
Tiefe Hierarchie	Mindestens ein Elternteil steht mit einem Kind auf gleicher beziehungsweise ein Kind steht auf einer mächtigeren Ebene als ein Elternteil (Hierarchieumkehr). Für Elternsysteme wird von einer hohen Hierarchie gesprochen, wenn ein Unterschied von zwei Sockel-Steinen besteht, mittlere Hierarchie ist bei einem Unterschied von einem gegeben und tiefe Hierarchie liegt vor, wenn zwischen den Eltern kein Höhenunterschied vorhanden ist

Tabelle 9: Stufen der Hierarchie, eigene Darstellung in Anlehnung an Voerckel & Klemm, 2010, S. 33

Jede Familie und jede Person, kann den FAST-Test machen und es können nach oben erwähntem Schema Werte errechnet werden. Aber wie zeigen sich psychische Störungen beziehungsweise Behinderungen beim FAST?

Grundsätzlich, so beschreiben Gehring et al. (2001), ist in Familiensystemen bereits dann ein geringer Kohäsionswert zu erkennen wenn mindestens ein Familienmitglied an psychische Behinderungen leidet und daran arbeitet. Je weniger kohäsiv ein Kind seine Familienbeziehungen beschreibt, desto grösser ist die Wahrscheinlichkeit, dass in der Familie über psychische Auffälligkeiten beziehungsweise Behinderungen berichtet wird. Psychisch Behinderte Kinder beschreiben in ihrer Ideal-Repräsentation eine geringere Kohäsion als nicht klinische Gruppen. Bei Darstellung egalitärer Elternbeziehungen nimmt die Wahrscheinlichkeit für die Entwicklung einer psychischen Störung beziehungsweise psychischen Behinderung ab (Gehring, 1998, zit. in Voerckel & Klemm, 2010, S. 36). Wie bei jeder Theorie, gibt es auch kritische Stimmen betreffend des FAST. Beispielsweise Maycoln Leôni M. Theodoro (2005) kritisiert am FAST, dass nicht alle Dyaden gleichzeitig den maximalen Kohäsionswert repräsentieren können. So muss sich der Klient, die Klientin entscheiden, ob er das Kind näher bei der Mutter oder beim Vater platzieren möchte. Theodoro (2005) moniert, dass der Hierarchiebegriff äusserst subjektiv ist und von verschiedenen Familien unterschiedlich interpretiert wird (zit. in Voerckel & Klemm, 2010, S. 37). Diese Kritik ist aus Sicht der Autorschaft sicherlich berechtigt. Die Aussage wird jedoch nicht verfälscht innerhalb der drei Aufstellung (typischerweise repräsentiert (TR), die Idealvorstellung (IR) beliebige Konfliktsituation in der Familie (KR)) welche von einer Person gemacht werden. Die individuelle Interpretation der Testaufgabe soll mitgedacht werden, die Frage der Vergleichbarkeit unter den Probanden stellt sich jedoch bei allen Verfahren. Bringen die bis jetzt erläuterten Diagnoseinstrumente keine Klarheit, kann man noch eine vertiefte Analyse durchführen.

5.5.3 Vertiefte Analyse

Die vertiefte Analyse erfolgt nur, wenn das Bild der Problematik unklar bleibt, trotz der bisher getätigten Analysen. Diese Analyse erfolgt mittels spezifischen Fragen und mithilfe von anderen Disziplinen, wie beispielsweise Psychologen und Psychologinnen oder Psychiatern und Psychiaterinnen (Cassée, 2007, S. 67).

5.6 Diagnose

Der dritte Schritt der Diagnostikphase ist die Diagnose. Die Ergebnisse der Analyse sollen zu einem möglichst umfassenden Bild des aktuellen Problems führen (Cassée, 2007, S. 67). Im nachfolgenden Kapitel befasst sich die Arbeit mit dem Begriff der psychosozialen Diagnose, welche sozusagen die Marschrichtung im weiteren KOSS-Kreislauf vorgibt.

5.6.1 Psychosoziale Diagnose

Diagnose meint gemäss Burkhard Müller (1993) einen „Durchblick“, auseinanderlegen, sortieren und gewichten mit dem Ziel die Frage „Was ist zu tun?“ zu beantworten (S. 53). Diagnostik ist das Analyseverfahren zur Erarbeitung einer Diagnose. Sie ist nicht als endlose Datensammlung gedacht, sondern soll klar kompetenzorientiert sein. Die Professionellen haben den Auftrag und die Verantwortung für das Zusammentragen der Informationen (Cassée, 2007, S. 70). Richmond (1917) beschreibt „social diagnosis“ folgendermassen: „Eine soziale Diagnose kann als Versuch beschrieben werden, die exaktest mögliche Definition einer Situation und Persönlichkeit eines Menschen mit bestimmten sozialen Bedürfnissen vorzunehmen, und zwar im Zusammenhang mit anderen Menschen, von denen er in jeder möglichen Hinsicht abhängig ist oder die von ihm abhängen, aber auch im Zusammenhang mit den sozialen Institutionen seines Gemeinwesens (zit. in Geissler-Piltz, 2006, S. 8). Diagnose ist in diesem Sinne ein Term, welcher der Medizin entliehen wurde, jedoch im Kontext des Psychosozialen viel weitreichender zu verstehen ist.

Sowohl Richmond (1917) wie auch Cassée (2008) sehen in psychosozialer Diagnostik eine breit abgestützte Datenerhebung. Cassée (2008) hat hierzu einen Katalog ausgearbeitet, welcher die Breite der psychosozialen Diagnostik veranschaulichen soll.

Psychosoziale Diagnostik ist:

- *alltags- und entwicklungsorientiert* :

Setzt im gelebten Alltag an, analysiert das Verhalten von Eltern und Kindern im Kontext von Entwicklungsaufgaben und hält fest wie die Aufgaben des Alltags bewältigt werden, macht keine Zuschreibungen von Eigenschaften/Störungen zu Personen, zeigt Ähnlichkeiten mit der ICF und kann mit Ergebnissen der ICD-10 ergänzt werden.

- *mehrdimensional*:

Berücksichtigt eine Vielzahl von Faktoren auf der Mikro-, Interaktions- und Mesoebene.

- *interprofessionell und multiperspektivisch*:

Bezieht die Sichtweisen anderer Professionen wie Psychologie und Psychiatrie zur Erfassung von Schutz- und Risikofaktoren systematisch mit ein und integriert deren Einschätzung.

- *systemisch, sozialökologisch und sozialraumorientiert*:

Konkretisiert, dass Menschen, Mitglieder von Systemen wie beispielsweise Familie, Peers und Schule sind und erfasst, welche Bedeutung diese Systeme für das Verhalten, Denken und Fühlen von Eltern und Kinder hat.

- *handlungsorientiert:*

Gibt präzise Hinweise, worauf sich die professionellen Interventionen richten können.

- *partizipativ und transparent:*

Bezieht Kinder und Eltern nachvollziehbar in die diagnostische Erfassung und Interventionsplanung mit ein. (S. 51 & 2012, S. 12-13)

Psychosoziale Diagnostik ist ein hochkomplexes Verfahren. Belastungen und Problemlagen müssen nicht nur bezogen auf das Individuum, sondern auch unter Einbezug zentraler Mesosysteme und konkreter Lebensbedingungen erfasst werden. Gegenstand der Diagnostik sollen sowohl die unterschiedlichen sozialen Systeme, in denen Individuen handeln, als auch das Individuum selbst mit seinen Ressourcen und Fähigkeiten sein. Aufgrund der gesammelten Informationen können sogenannte Kompetenzprofile erstellt werden, die sichtbar machen, wie Kinder und Eltern mit den anstehenden Entwicklungsaufgaben zurecht kommen (vgl. Kapitel „Entwicklungspsychologie“) (Cassée, 2007, S. 112). Sozialarbeitende müssen nach Geissler-Piltz (2006) wissen, welche Informationen sie wie und wo ermitteln müssen, um „alle Seiten des menschlichen Lebens“ in einem bestimmten Fall erfassen zu können (S. 8).

5.6.2 Diagnostische Kompetenzanalyse

Ein weiteres Diagnoseinstrument ist die diagnostische Kompetenzanalyse. Bei der diagnostischen Kompetenzanalyse werden die sechs Faktoren der Kompetenzbalance (vgl. Abb. 21) näher untersucht. Dies sind die Aufgaben und die Fähigkeiten einer Person und der Einfluss interner und externer Schutz- und Risikofaktoren. Die Analyse soll zeigen inwieweit eine Person kompetentes oder inkompetentes Verhalten zeigt.

Gemäss Rüdiger Hinsch und Ulrich Pfingsten (2002) meint Kompetenz die Verfügbarkeit und die Anwendung von kognitiven, emotionalen und motorischen Ressourcen, die in sozialen Situationen zu einem langfristig günstigen Verhältnis von positiven und negativen Konsequenzen für den Handelnden, in unserem Fall die Eltern beziehungsweise das Kind und seine Geschwister, führen. (S. 5). Gemäss Cassée (2007) bemisst sich Kompetenz daran, ob das Verhalten in konkreten Situationen als angemessen beurteilt wird. Die vorherrschenden gesellschaftlichen Normen sowie die Erwartungen, welche die direkte Umgebung an das Kind stellt, unter Berücksichtigung der Position und Rolle der beteiligten Personen definieren den Begriff der „Angemessenheit“ (S. 29).

Die Abbildung 21 zeigt, dass in die Analyse nicht nur das Problemverhalten, sondern auch alle Faktoren mit einbezogen werden, die für das Verhalten bedeutsam sein können. Wenn die Waage im Gleichgewicht ist, gilt das Verhalten als kompetent. Sowohl beim Individuum wie auch in seiner

Umgebung können Schutz- und Risikofaktoren (vgl. Kapitel „Schutzfaktoren“ und „Risikofaktoren“) beschrieben werden, die für die Kompetenzentwicklung und die aktuelle Kompetenzbalance eine entscheidende Rolle spielen.

In folgender Darstellung soll die Wirkkraft von internen und externen Risiko- beziehungsweise Schutzfaktoren mit Hilfe einer Waage gezeigt werden. Was die Risikofaktoren auf die Waagschale legen, können Schutzfaktoren wieder erleichtern. Die Waagschalen symbolisieren hierbei die vorhandenen Fähigkeiten beziehungsweise die Aufgaben im jeweiligen System.



Abbildung 21: Kompetenzbalance, eigene Darstellung in Anlehnung an Cassée & Spanjaard, 2009, S. 31

Risiko- und Schutzfaktoren können sowohl aktuell oder in der Lebensgeschichte der Person verankert sein. Um aktuelle Kompetenzmängel zu analysieren, müssen jeweils beide Zeitperspektiven im Auge behalten werden. Das Zusammenwirken von Schutz- und Risikofaktoren im Sozialisationsverlauf ergibt das Mass an individueller Kompetenz. Die Kompetenzanalyse ist ein zentraler Baustein der Methodik in der Phase der Diagnostik (Cassée, 2007, S. 44-46). Die Diagnose erfolgt anhand des dafür

entwickelten Formulare der „diagnostischen Kompetenzanalyse“ (DKA). Das Formular bildet die Faktoren der Kompetenz, bezogen auf eine konkrete Entwicklungsaufgabe, ab. Die DKA kann für Kinder aller Altersstufen und für Eltern bezogen auf die elterlichen Entwicklungsaufgaben, erstellt werden (vgl. Formular im Anhang I).

Es ist notwendig die zentralen Fähigkeiten zu benennen, die zur Bewältigung der Entwicklungsaufgabe erforderlich sind. Die vorhandenen können mit den erforderlichen Fähigkeiten verglichen werden, womit das Gerüst der Kompetenzbalance erstellt wird. Im Anschluss geht es um die Beschreibung der Faktoren, welche die Kompetenzbalance beeinflussen können (Schutz- und Risikofaktoren). Aus allen dargestellten Faktoren sollen dann Ziele und Verbesserungsmöglichkeiten abgeleitet werden (Cassée, 2007, S. 127-132) um im weiteren Verlauf sinnvolle Interventionen zu planen.

Family-Map/Eco-Map

Ähnlich wie in der Darstellung der Kompetenzbalance, soll nun ein weiteres, sehr taugliches , Instrument vorgestellt werden um nicht nur die Ressourcen des Einzelnen sondern auch jenes der Familie als Ganzes zu systematisieren. Die Defizite und Ressourcen können in einem Koordinatensystem psycho-sozialer Intervention verortet werden (Silke Brigitta Gahleitner, 2006, S. 16–17). Gemäss Pauls (2011) kann auch eine sogenannte Family oder Eco Map erstellt werden. Die Familie gilt als Schnittstelle zwischen Person, sozialemotionalen Beziehungen und äusserer Umgebung. Aufgezeigt werden in dieser Map sowohl förderliche Bedingungen und personeninterne wie externe Ressourcen und Schutzfaktoren? als auch Defizite, Belastungen und Konflikte (S. 210-211). In der folgenden Abbildung wurde die beschriebene Family-Map auf die Familien Vogel angewendet (vgl. Abb. 22). Trotz den grossen Schwierigkeiten und den belastenden Situationen können sowohl bei den individuellen-personalen Faktoren (rechts) sowie bei den Umgebungsfaktoren Ressourcen und Defizite sichtbar gemacht werden was der Familie helfen soll in die weitere Phase zu gehen, der Ausarbeitung eines Hilfskonzepts.



Für die Familie Vogel könnte solch eine Family Map wie folgt aussehen:

Umgebungsfaktoren	Stärken und Ressourcen		Individuell-personale Faktoren
	Unterstützende Faktoren der Umgebung: <ul style="list-style-type: none"> - Familie Vogel lebt in einem Einfamilienhaus in der Agglomeration. Durch die dörfliche Umgebung bestehen genügend Möglichkeiten zum Spielen - Die Kernfamilie wird von einer Grossmutter unterstützt - Die Eltern zeigen sich sehr verantwortungsbereit 	Personale Kompetenzen von Max: <ul style="list-style-type: none"> - Max zeigt sich im Fussballspiel motivierbar und kann eine Beziehung zum Vater aufbauen 	
	Ökosoziale Defizite und Belastungen sowie soziale Vulnerabilität: <ul style="list-style-type: none"> - Eine männliche Bezugsperson ist nur teilweise vorhanden - Den Tod seiner Grossvaters - Lehrperson und Eltern geraten an ihre Belastungsgrenzen - Disziplinarstrafen zeigen keine Wirkung mehr 	Personale Belastungen, Konflikte, Defizite und Risikofaktoren: <ul style="list-style-type: none"> - Max zeigt sich sehr unbeständig in seinem inneren Gleichgewicht - Er zeigt ein auffälliges Verhalten in dem er immer wieder gewalttätig gegenüber seinem Umfeld ist (Mitschüler, Schwester...) - Mangelnde soziale Kompetenz, anerkennt die Autorität der Lehrerin nicht, bespuckt sie - Mangelnde Problemlösungskompetenz - Tiefe Frustrationstoleranz 	
Stressoren, Belastungen, Defizite			

Abbildung 22: Family Map, eigene Darstellung in Anlehnung an Kottler, 2004, S. 44 & Pauls, 2011, S. 210

5.7 Hilfskonzept / Indikation

Zum Abschluss der Diagnostikphase und als vierter Schritt, wird ein Hilfskonzept erarbeitet. Ein Hilfskonzept ist eine Reihe von Ideen, welche zu erklären versucht, welche Belastungen zum Hilfsbedarf geführt haben. Diese Belastungen können intern oder extern beziehungsweise materiell oder psychisch sein (Mathias Schwabe, S. 102). Nach Cassée (2007) sind es Hypothesen, die aus den gesammelten Daten abgeleitet wurden und mit welchen die Wahl der Hilfeform begründet werden kann (S. 135).

Die Indikation bildet den Übergang zur Interventionsphase. Es geht um das Formulieren von Ideen, wie das diagnostizierte Problem sinnvoll gelöst werden kann (S. 68). Nur nach einer professionellen Diagnose, wie sie oben vorgestellt wurde, kann ein Hilfskonzept erstellt werden, was wiederum zu Indikatoren führt (Cassée, 2007, S. 137), welche in der Austrittsphase, bei der Evaluation wieder überprüfbar sind.

Cassée (2007) empfiehlt, das Hilfskonzept, die Indikation, die Leistungserbringer und die Ergebnisse der bisherigen Analysen in einem Bericht festzuhalten (S. 135). Solch ein Zwischenbericht ist im Anhang J zu finden.



Vom zuständigen Sozialarbeiter Herr Fink wurde ein Indikationsbericht über die Familie Vogel erstellt (vgl. Anhang J). Es werden hierbei die wichtigsten Informationen gebündelt und die Problematik kurz umrissen. Mithilfe dieses Berichtes, kann nun in der nächsten Phase gemeinsam ein Hilfsplan ausgearbeitet werden.

5.8 Individueller Hilfeplan

Der Beginn der Interventionsphase und der fünfte Schritt stellt der individuelle Hilfeplan dar. Das in der vorhergehenden Phase erarbeitete Hilfskonzept bildet die Basis für die Erarbeitung individueller Lern- und Entwicklungsziele (Cassée, 2007, S. 143). Es wird versucht Veränderungen herbei zu führen. Die KOSS-Methodik arbeitet zielorientiert, deshalb hat die Erarbeitung von Zielen einen hohen Stellenwert. Die Ziele welche hier erarbeitet werden, haben für alle eine „symbolische Bedeutung“, während des Prozesses können jedoch weitere Ziele hinzu kommen. Wenn es gelingt mit dem Kind und seinen Eltern, beziehungsweise der Familie, konstruktive Ziele zu erarbeiten, ist ein wichtiger Schritt getan (vgl. Anhang K). Ziele müssen, damit sie von der Familie wirklich erreicht werden wollen, eine gefühlsmässige Bedeutung, eine sogenannte „emotionale Verankerung“, besitzen (Cassée & Spanjaard, 2009, S. 112).

Aufgrund der emotionalen Verankerung, ist der Hilfeplan ein gemeinschaftliches „Werk“, welches zusammen mit dem Kind und den Eltern erstellt wird. Unter Umständen werden die diagnostischen Schritte noch einmal durchlaufen. Die Ziele werden anschliessend priorisiert oder wie Cassée es sagt, in eine Zielhierarchie eingeordnet. Anschliessend werden die geeigneten Mittel und Methoden ausgewählt, welche für die Erreichung des Ziels sinnvoll erscheinen. (Cassée, 2007, S. 68).

Unterschiedliche Zielvorstellungen

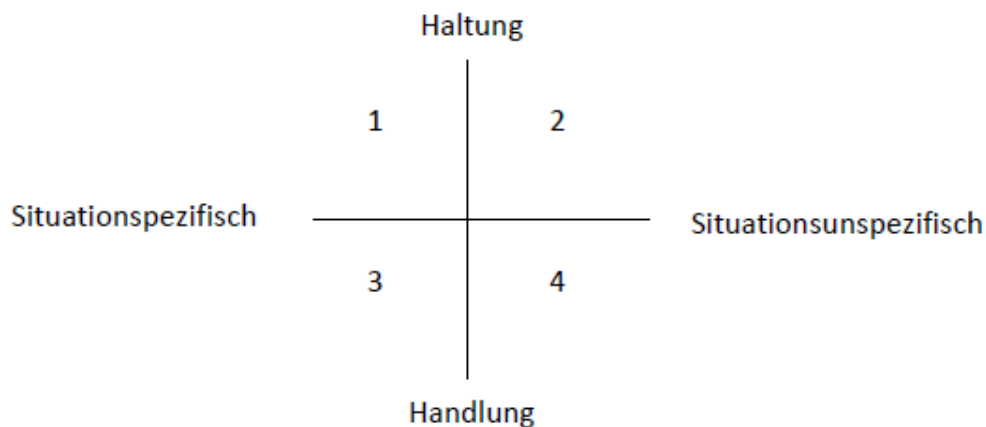
Alle an einer Platzierung beteiligten Akteure und Akteurinnen haben verschiedene Zielvorstellungen:

<i>Eltern und Kind:</i>	Die Probleme werden einerseits von aussen definiert, andererseits erlebt die Familie die Probleme im Alltag, sie müssen sich zuerst mit den Problemen auseinandersetzen.
<i>Zuweisende Instanz:</i>	Definiert Probleme und formuliert allgemeine Grundsatzziele.
<i>Fachpersonen in der Einrichtung:</i>	Sammeln und analysieren Informationen, erstellen Arbeitshypothesen über Probleme und Problembedingungen, ermitteln Schutz- und Risikofaktoren und leiten erwünschte Veränderungen daraus ab.

Bei divergierenden Zielvorstellungen der oben erwähnten Gruppen, ist es die Aufgabe der Fachpersonen in der stationären Einrichtung dafür zu sorgen, dass gemeinsame Lösungsvorschläge ausgearbeitet werden können und diese von allen akzeptiert werden (Cassée & Spanjaard, 2009, S. 112-113).



Herr Fink hat zusammen mit Max, seinen Eltern und seiner Schwester Lea verschiedene Ziele erarbeitet. Diese Ziele können individuell sein oder sich auf die ganze Familie beziehen.



Beispielsweise hat der Vater von Max folgende persönliche Ziele:

Quadrant 1: Situationsspezifische Haltungsziele: „Ich möchte öfters mit meinem Sohn Fussball spielen.“

Quadrant 2: Situationsunspezifische Haltungsziele: „Ich möchte ein guter Vater sein.“

Quadrant 3: Situationsspezifische Handlungsziele: „Ich möchte immer zu Hause sein, bevor mein Sohn ins Bett geht.“

Quadrant 4: Situationsunspezifische Handlungsziele: „Ich möchte meinen Sohn mehr loben.“

Abbildung 23: Vier Quadranten der Zielformulierung nach Cassée, 2007, S. 144 in Anlehnung an Maja Storch, 2003, S. 17

5.9 Intervention / Durchführung

Der sechste Schritt ist die Intervention beziehungsweise die Durchführung. Nun befinden sich der Patient/die Patientin und die Angehörigen bereits mitten im Interventionsprozess. Die Intervention ist ein Schritt, welcher von Cassée und Spanjaard (2009) als intensivste Phase in einem stationären Aufenthalt beschrieben wird. Er dient zur Sicherung der Entwicklung und dem Erwerb altersadäquater Fähigkeiten. Diese Phase kann zwischen drei Monaten und einem Jahr und in vielen Fällen auch länger dauern (S. 137). In unterschiedlichen Settings soll in diesem Schritt, so schreibt Cassée (2007) an einer systematischen Bearbeitung der formulierten Ziele gearbeitet werden (S. 167). In Bezug auf das Familiensystem werden in der Folge einige Interventionen beschrieben.

Der aufgezeigte Hilfsprozess nach Cassée wird von der Autorschaft im Ganzen als eine Intervention angesehen. Im Folgenden werden die einzelnen Phasen aus Sicht des Beraters, der Beraterin beleuchtet.

Teilweise sind noch Widerstände zu überwinden bis die gesamte Familie sich auf eine Beratung einlassen kann. Der Berater / die Beraterin sollte klar machen, dass die Intervention welche sich über das ganze Familiensystem erstreckt viel nachhaltiger ist als die Therapie mit einzelnen Familienmitgliedern. Falsche Vorstellungen oder Erwartungen hindern teilweise die Teilnahme von einzelnen Familienmitgliedern. So ist es wichtig, dass der Therapeut, die Therapeutin von jedem Teilnehmenden die Erwartungen, Wünsche und Bilder eines befriedigenden Familienlebens erfragen kann. So kann jedes Familienmitglied einen Gewinn aus der Beratung ziehen (Textor, 2010, „Ablauf der Familienberatung“, ¶13) (vgl. Kapitel „Erweiterte Analyse“). Schon im ersten Gespräch sammelt der Berater, die Beraterin viele diagnostisch relevante Informationen, verschafft sich einen Überblick über die Probleme und stellt Vermutungen über Ursachen auf. Vereinzelt wird schon therapeutisch eingegriffen, beispielsweise wird ein konstruktiver Kommunikationsstil und das gegenseitige Verständnis der Familienmitglieder gefördert, die Autorität der Eltern gestärkt, das Verhalten der Kinder („IP“ und Geschwister) vorbildhaft kontrolliert und die Familien bei möglichen Krisen unterstützt. Ist eine Zusammenarbeit mit der Familie möglich, informiert der Berater, die Beraterin über den Ablauf, die Anforderungen und die Bedingungen und bespricht auch die Ziele der Gespräche.

Im nächsten Gespräch steht die Diagnose im Mittelpunkt (vgl. Kapitel „Diagnose“).

Bei der Diagnose sollten folgende drei Ebenen berücksichtigt werden: Individuum, Familie und grössere Systeme.

In der Interventionsphase hat der Berater, die Beraterin oftmals grosse Widerstände zu überwinden, da es in dieser Phase um Veränderungen geht. So verschweigen beispielsweise Familienmitglieder wichtige Informationen, zeigen sich verschlossen oder versuchen gewisse Themen auszublenden. Die Beratungsperson versucht die Bedürfnisse aller Familienmitglieder zu berücksichtigen und schafft

Plattformen nach Dialog und Austausch welche Bedürfnisse nach Liebe und Intimität bewusst machen können. Es muss aber auch bewusst gemacht werden, dass ein intaktes Familienleben einem ständigen Wechsel von Individuation und Vereinigung, Abgrenzung und Annäherung unterliegt. Er oder sie fördert die Selbsterkenntnis der Familienmitglieder, versucht den Ursprung von inneren Konflikten, Ängsten und daraus entstandene Probleme zu finden. Er oder sie verbessert die Wahrnehmung und die Informationsverarbeitung der Familienmitglieder, deckt irrationale Einstellungen auf, macht utopische Ziele und übertriebene Wünsche deutlich, stellt extreme Normen in Frage und fördert auch die Gewissensbildung bei mangelndem Wertebewusstsein. Weiter untersucht er oder sie das Selbst-, Paar- und Familienkonzept der Einzelnen und hilft ihnen sich ihrer Motive, Bedürfnisse und Wünsche bewusst zu werden und diese zu bewerten. Dies tut der Berater, die Beraterin indem er oder sie anspricht, wie die Familie und jeder einzelne auf ihn wirkt das heisst er spiegelt seine Eindrücke. Dies kann auch via Videoaufnahmen geschehen. Auf unerwünschte Verhaltensweisen wird eingewirkt, indem sie, definiert, gezählt korrigiert oder ignoriert werden. Der Berater oder die Beraterin wirkt auf Kommunikations- und Interaktionsprozesse ein. Beziehungsdefinitionen und Familienregeln werden erfasst und den Familienmitgliedern aufgezeigt. Auch wird ein besonderes Augenmerk auf die Definition der Ehebeziehung gehalten, wobei unbewusste Vereinbarungen, widersprüchliche Erwartungen und ungenannte Wünsche ins Bewusstsein geholt werden. Im Allgemeinen versucht der Therapierende die Kommunikation mit mehr Offenheit über die eigenen Gedanken und Bedürfnisse zu fördern und motiviert dazu Gefühle zu verbalisieren. (Textor, 2010, „Ablauf der Familienberatung“ & „Therapietechniken“, ¶3 & ¶5).

Gemäss Textor (2010) haben Familiensysteme oft das Bedürfnis ein inneres Gleichgewicht (Homöostase) aufrechtzuerhalten. Dies ist auch der Grund, dass die Familien nicht offen ist für weitreichende Veränderungen welche diese Homöostase zerstören würde. Auch wenn dies nur zwischenzeitlich geschehen würde. Die Frage danach ist jedoch äusserst wichtig („Ablauf der Familienberatung“, ¶3). Die Wissenschaft betrachtet ein System als funktional, wenn es zu Veränderungen bereit ist und in Konflikten Chancen zur „fruchtbaren Auseinandersetzung“ erkennen. Nur so ist ein Wechsel zwischen Gleichgewicht und Veränderung möglich (Weber, 2005, S. 18).

Die Kompetenz der Familienmitglieder einander zuzuhören, sich gegenseitig wahrzunehmen beispielsweise durch Blickkontakte oder direkte Gespräche muss unter Umständen durch Regeln, welche der Berater, die Beraterin am Anfang des Gesprächs aufstellt, gefördert werden. (Ritter-Gekeler, 2005, S. 3). Ein effektives und intensives Kommunikationsverhalten kann mit Hilfe von Rollenspielen, Modellernen und Hausaufgaben gefördert werden, auch Ton- oder Videoaufnahmen können hilfreich sein (Textor, 2010, „Therapietechniken“, ¶5). Schwierige Situationen können so

nachgespielt oder auch dramatisiert werden. Neue Verhaltensweisen können entwickelt und eingeübt werden (Ritter-Gekeler, 2005, S. 3). Dieses Verfahren scheint aus Sicht der Autorschaft psychotherapeutisch sehr klischiert, macht aber im Sinne einer Laborsituation als was eine Therapiesitzung betrachtet werden darf sicherlich Sinn.

In der Folge sollen nun einige Fragetechniken aufgegriffen werden welche Beraterinnen und Berater bei einer Diagnose und Therapie unterstützen soll. (Ritter-Gekeler, 2005, S. 3):

Zirkuläre Fragen: Zielen darauf ab, nicht nur den „IP“ zu fragen, sondern beispielsweise auch seine Schwester oder Mutter, was sie denken, wie sich der „IP“ in dieser Situation fühlt oder gefühlt hat. So erhält man Informationen darüber, wie sich die Familienmitglieder gegenseitig wahrnehmen. Nicht nur der Berater oder die Beraterin erhält diese Information, sondern auch die Familienmitglieder. Dies gibt ihnen die Möglichkeit ihre Wahrnehmungen zu überprüfen und anzupassen.

Die Wunderfrage: Die Frage, danach was wäre, wenn ein Wunder passieren würde und das problematische Verhalten über Nacht verschwinden würde, zeigt einen Blick in die Zukunft und ob überhaupt Vorstellungen vorhanden sind über ein Leben ohne das Problem.

Fragen nach Ausnahmen: Hier wird gefragt, wann das problematische Verhalten nicht auftritt und weshalb. Dies kann der Familie andere, neue Perspektiven und Möglichkeiten eröffnen im Umgang mit der Symptomatik.

Es können aber auch Fragen danach gestellt werden, wann das problematische Verhalten besonders stark ausgeprägt ist und was die schlimmsten Befürchtungen, aber auch die Hoffnungen der Familienmitglieder sind.

Skalierungsfragen: Mit diesen Fragen kann man sehr viele Dinge erfassen. 10 steht für etwas das sehr erwünscht ist, 1 für etwas sehr unerwünschtes (Insoo Kim Berg, 2002, S. 95).

Bewältigungsfragen: Sie können bei richtiger Anwendung sehr ermutigend wirken, da danach gefragt wird, wie gewisse Situationen bis jetzt bewältigt wurden, wie es geschafft wurde, damit umzugehen (Berg, 2002, S. 103).

Zukunftsfragen: Familien, die Hilfe suchen, fühlen sich oft hilflos und ohnmächtig. Sie sehen keinen Ausweg. Zukunftsfragen öffnen den Blick für bisher ungedachte Möglichkeiten. Es kann darüber

nachgedacht werden, wie die Zukunft denn anders aussehen könnte und welche verschiedenen Möglichkeiten es gibt (von Schlippe, 2009, S. 101).

Fragen zu konkretem Verhalten: Systeme, die über ihre Probleme berichten, neigen oft dazu, Diagnosen oder Beschreibungen zu formulieren, die bereits eine Deutung des Geschehens beinhalten. Oft werden Wörter wie immer, nie, alle, keiner verwendet. Hier muss genau nachgefragt werden, z.B. „Bei welchen Anlässen...?“, „Unter An- oder Abwesenheit welcher Personen...?“, usw. (von Schlippe, 2009, S. 101).

Der Berater, die Beraterin selbst muss sich in seiner, ihrer Ganzheit in das Gespräch einbringen, er, sie muss ehrlich, offen und authentisch reagieren. Im Weiteren sollte die Beraterin, der Berater allparteilich und fair sein und Anteilnahme und Verständnis allen Familienmitglieder im selben Umfang entgegenbringen und allen das Gefühl vermitteln, wertvoll und wichtig zu sein. Durch diesen Dialog und das Einbringen der eigenen Persönlichkeit, wird der Berater, die Beraterin zwischenzeitlich in die Familie inkludiert. (Textor, 2010, „Ablauf der Familienberatung“, ¶13). Hierbei spricht man von Kybernetik zweiter Ordnung. Die Beobachtenden müssen sich selber als Teil des zu beobachtenden Systems sehen. Dadurch wird die Trennung von Beobachtenden und Beobachteten aufgehoben. Heutzutage ist man von der Vorstellung abgewichen, dass es reicht gezielte Interventionen zu tätigen, um ein System in einen Idealzustand zu bringen (Kybernetik erster Ordnung) (Weber, 2005, S. 19). Allerdings muss sich der Berater, die Beraterin stets in der Hierarchie eine Stufe höhere positionieren als die anderen, da es sonst unmöglich wird Veränderungsprozesse zu initiieren. Die Eltern dürfen jedoch auf keinen Fall entmachtet werden, da sie sich in Anwesenheit der Kinder befinden. Ihre Position wird anerkannt und sie dürfen die Führung der Familie behalten. Der Berater, die Beraterin gewinnt an Macht, indem er oder sie sich als Experte, Expertin etabliert, aktiv in das Geschehen während der Sitzung eingreift, das Gespräch lenkt, Anweisungen gibt und auch Einmal ein Machtwort spricht (Textor, 2010, „Ablauf der Familienberatung“, ¶13).

Im Verlauf der Familiengespräche, nimmt sich der Berater, die Beraterin zunehmend aus dem Geschehen und übernimmt immer mehr eine beobachtende Rolle. Gegen Ende der Familiengespräche werden auch die Abstände zwischen den einzelnen Gesprächen vergrößert. (Textor, 2010, „Ablauf der Familienberatung“, ¶13).

Nach Abschluss der Interventionsphase, endet das KOSS-Modell mit den Letzen beiden Phasen. Die Austrittsphase beschreiben Cassée und Spanjaard (2009) speziell für Kinder als belastende Zeit. Die Kinder reagieren äusserst sensibel auf die bevorstehende Veränderung ihrer vertrauten Lebenssituation (S. 172). In der Austrittsphase werden, gerade wenn „Kind-Faktoren“ zur Platzierung geführt haben, werden die Eltern eingehend darüber informiert, welche Unterstützung das Kind nach

Austritt weiterhin braucht. Aber auch die Eltern, blicken dem Austritt mit Angst und Unsicherheiten entgegen. Nun ist es wichtig die Eltern zu stützen und in ihrem Handeln zu bestätigen. Bei grosser Unsicherheit, hat sich der schrittweise Austritt bewährt. Die Eltern werden schrittweise auf die neue Situation vorbereitet und dazu befähigt mit ihrem behinderten Kind den Alltag zu bestreiten. (Cassée und Spanjaard, 2009, S. 173/178).



Familie Vogel hat die letzten fünf Monate grosse Veränderungen durchgemacht. Die Eltern und die jüngere Schwester wurden durch Herrn Fink über den Zustand von Max aufgeklärt und haben neue Ansätze für den Umgang mit ihrem psychisch behinderten Sohn und Bruder gelernt. Auch Max hat Fortschritte gemacht. Er hat einen Weg gefunden ohne Gewalt seinem Unmut Luft zu machen.

Bei den erfolgreichen Probewochenenden zu Hause konnte sich auch Lea ihrem Bruder wieder etwas annähern. Rita Vogel sieht dem Austritt ihres Sohnes aber mit gemischten Gefühlen entgegen. Die schwere Zeit ist nicht spurlos an ihr vorbei gegangen und sie hat Angst, dass Max wieder in die alten Muster zurück fällt. Die Gespräche nach dem Austritt, im Sinne von Follow-up-Gesprächen nach (Cassée und Spanjaard, 2009, S. 174) mit Herr Fink und die weiterhin regelmässigen Sitzungen bei Frau Dr. Scholler, bieten aber Sicherheit und vermitteln ihr Hoffnung, dass es nicht wieder so weit kommt.

Max freut sich wieder nach Hause zu gehen. Er wird die Klasse nochmals wiederholen und hat so, mit neuen Lehrern und Lehrerinnen sowie einer anderen Klasse einen Neuanfang vor sich.

5.10 Evaluation

Die letzte Phase ist die sogenannte Austrittsphase, der siebte und letzte Schritt ist die Evaluation. Unter Evaluation wird nach Joachim König (2000) der Versuch zur Bewertung von Tätigkeiten, Programmen und Massnahmen verstanden, welcher auf erhobenen Informationen basiert (S. 33). Der Schritt der Evaluation ist ein fester Bestandteil der KOSS-Methodik (Cassée, 2007, S. 193). Die Prozesse sollen noch einmal reflektiert werden. Die ausgearbeiteten Indikatoren können hier mit der Familie aber auch im Fachteam nochmals hervor genommen werden um die Resultate zu evaluieren. Das Familiensystem als solches spielt hierbei eine eher untergeordnete Rolle. Obwohl dieser Schritt für die Familie nochmals aufzeigt, welche Erfolge sie erzielt haben, dient es meist einem Lernprozess der Fachleute. Die Thematik der Evaluation ist ein gut erforschtes Gebiet, welches über eine Vielzahl von Literatur verfügt. Auf eine vertiefte Auseinandersetzung von geeigneten Evaluationsformen wird hier aus Platzgründen verzichtet.

Es gilt an dieser Stelle nochmals zu unterstreichen, dass die vorgestellten Ansätze und Instrumente modellhaft zu verstehen sind. Es ist nur eine von vielen Möglichkeiten sich als klinischer Sozialarbeiter, als klinische Sozialarbeiterin im Prozess einzubringen. Dieses Kapitel sollte jedoch die Wichtigkeit der systemischen Denkweise herausarbeiten und zeigen, dass die Sozialarbeit durchaus ihren Beitrag in der Kinderpsychiatrie leisten kann.

Welche Ansätze sollte die Klinische Sozialarbeit in Bezug auf das betroffene Familiensystem verfolgen? Nicht nur die Klinische Sozialarbeit sollte mit dem Familiensystem arbeiten, sondern es sollte ein interdisziplinärer Prozess sein. Das Modell KOSS zeigt sicherlich ein gutes Instrument hierfür auf. Der vierte Teil der vorliegenden Arbeit soll zeigen, wie mit dem Familiensystem gearbeitet werden kann und welcher Anteil die Soziale Arbeit übernehmen kann. Im Hinblick auf die Hauptfragestellung, zeigt dieser Teil der Arbeit durchaus eine Relevanz der Klinischen Sozialarbeit auf.

Die Hauptfragestellung wird im folgenden Kapitel mit Hilfe der zusammenfassenden Beantwortungen der Leitfragen beantwortet und die Autorschaft wagt eine Standortbestimmung der Klinischen Sozialarbeit und erläutert ihren Handlungsbedarf.

6 Schlussfolgerungen

Der letzte Teil der Bachelorarbeit widmet sich der Beantwortung der Fragestellungen. Die Autorschaft zieht ausserdem ihre persönlichen Schlussfolgerungen und zeigt ihre gewonnenen Erkenntnisse auf. Zum Schluss wirft die Autorschaft einen Blick in die Zukunft Klinischer Sozialarbeit und benennt ihren Handlungsbedarf und die Herausforderungen, denen sie sich noch stellen muss.

6.1 Zusammenfassende Beantwortung der Fragestellungen und gewonnene Erkenntnisse

Im zweiten Teil der vorliegenden Arbeit stellt sich die Frage nach den Faktoren, welche die psychische Gesundheit eines Kindes beeinflussen. Normalerweise ist das Gegenteil von Gesundheit Krankheit. Die Autorschaft hat sich hier jedoch bewusst und nach einer längeren Auseinandersetzung mit den verschiedenen Bezeichnungen für den Begriff der Behinderung entschieden. Behinderung ist das Ergebnis oder die Folge einer komplexen Beziehung zwischen dem Gesundheitsproblem eines Menschen und seinen personenbezogenen Faktoren einerseits und den externen Faktoren andererseits, welche aufzeigen, wie das Individuum lebt. Psychische Gesundheit ist nicht ein Zustand, der sich als Folge von persönlicher Disposition und individuellem Verhalten manifestiert, sondern ein vielschichtiger Prozess. Bei beiden Definitionen schliesst sich die Autorschaft vor allem der WHO an. Einfluss auf die psychische Gesundheit eines Kindes haben Stressoren, Risiko-, und Schutzfaktoren. Stressoren sind Herausforderungen für die es keine unmittelbaren und allgemein gültigen Reaktionen gibt. Durch soziale Bindungen können Stressoren neutralisiert und belastende Situationen erfolgreich bewältigt werden (vgl. Kapitel „Umgang mit Stressoren“). Es besteht ein direkter Zusammenhang zwischen Problemverhalten der Kinder, dem Erziehungsverhalten der Eltern und der erlebten Familienbelastung. Familiäre Risikofaktoren können inkonsistentes und strafendes Erziehungsverhalten, negative familiäre Kommunikationsmuster, Ehekonflikte und psychische Störungen der Eltern sein (vgl. Kapitel „Risikofaktoren“).

Eine stabile Eltern-Kind-Beziehung ist die Voraussetzung für die soziale, psychische und physische Entwicklung sowie für die Sicherung der Gesundheit von Kindern. Die Familie sollte protektive und gesundheitsförderliche Funktionen übernehmen. Die frühzeitige, lang andauernde, intensive und umfassende Förderung der Kompetenzen der Kinder und der Zugang zu den Eltern (Förderung ihrer Kompetenzen) sind bedeutend für die Förderung von Resilienz - das Geheimnis seelischer Widerstandskraft. Es gibt Menschen, die können mit enormen Belastungen umgehen, da sie resilient sind. (vgl. Kapitel „Resilienz“).

Der Autorschaft wurde bewusst, wie wichtig die Kenntnisse über die mannigfaltigen Einflussfaktoren sind und wie essentiell die Förderung der Resilienz für die psychische Gesundheit eines Kindes ist.

6 Schlussfolgerungen

Aus Sicht der Autorschaft ist es von grosser Bedeutung, dass Sozialarbeitende dieses Wissen besitzen, um Risiko- und Schutzfaktoren zu eruieren und deren Auswirkungen erkennen zu können. Die vorgestellten Modelle wie die Salutogenese, das Anforderungs-Ressourcen-Modell und das bio-psycho-soziale-Modell zeigen die Wechselwirkungen dieser verschiedenen Faktoren auf und wie sie die psychische Gesundheit eines Menschen beeinflussen können. In einem weiteren Schritt alle Beteiligten im Behandlungsprozess dafür zu sensibilisieren. Für die Sozialarbeitenden ist es ausserdem elementar, die Familie in den Behandlungsprozess mit einzubeziehen, um auch ihre Bedürfnisse wahrzunehmen und darauf eingehen zu können. Damit das Familiensystem seiner Funktion als Ressource und Schutzfaktor (vgl. Kapitel „Schutzfaktoren“) gerecht werden kann, ist es wichtig, dass seine Mitglieder gesund bleiben und sich nicht nur auf den „identifizierten Patienten, die identifizierte Patientin“ (IP) und seine, ihre Bedürfnisse konzentrieren.

Im dritten Teil der vorliegenden Arbeit stellt sich die Frage nach den Auswirkungen auf das Familiensystem, wenn ein Kind psychisch behindert ist und stationäre, psychiatrische Behandlung benötigt. Der Eintritt eines Kindes in die Kinderpsychiatrie, verändert das Familienleben massgeblich. Die Eltern müssen eine sogenannte Coping-Strategien finden, welche ihnen eigene Reaktionsmöglichkeiten und einen Umgang mit der neuen Situation erlauben. Die Eltern sind oft stark verunsichert und zweifeln an ihren eigenen elterlichen Kompetenzen. Die neue Situation und die intensive Auseinandersetzung mit der neuen Situation erstrecken sich meist über einen längeren Zeitraum und führt in den meisten Fällen zu einer Anpassung an die neue Lebenssituation. Obwohl die Geschwister in der Praxis häufig vergessen gehen, ist es nicht unwesentlich alle Familienmitglieder für den Behandlungsprozess zu gewinnen (vgl. Kapitel „Eltern-Kind-Beziehung und kindliche Bindung“ und „Auswirkungen auf die Familie“).

Obwohl in der Theorie die Wichtigkeit der Familienarbeit immer wieder unterstrichen wird, besteht in der Praxis noch vermehrt Handlungsbedarf den systemischen Blick weiter zu schärfen. Hier sieht die Autorschaft die Chance für die Klinische Sozialarbeit sich mit einer systemischen Denkweise und einer bio-psycho-sozialen Perspektive im interdisziplinären Helfersystem einzubringen. Familienarbeit sollte nicht nur geleistet werden, um die Rahmenbedingungen für den Patienten oder die Patientin zu verbessern, sondern auch, im Sinne einer Prävention, um psychische Behinderungen zu verhindern. So ist die Autorschaft überzeugt, dass durch eine Einbindung der Eltern und Geschwister und die Frage nach ihren Bedürfnissen einer möglichen Überforderung frühzeitig begegnet werden kann und Strategien angeboten werden können, um mit der neuen Situation zurecht zu kommen. Der Autorschaft ist bewusst, dass den Interessen des Familiensystems nur in einem multiprofessionellen Team Rechnung getragen werden kann. Knappe finanzielle, zeitliche und

6 Schlussfolgerungen

personelle Ressourcen stellen in der Praxis allerdings oftmals Hindernisse dar, um nachhaltige Familienarbeit leisten zu können. Diese Hürden gilt es mittelfristig sozialpolitisch zu überwinden.

Im ersten und im vierten Teil der vorliegenden Arbeit stellt sich die Frage nach den Aufgaben und Ansätzen der Klinischen Sozialarbeit in der Kinderpsychiatrie in Bezug auf das Familiensystem. Menschen mit psychischen Behinderungen sollten in und mit ihrer sozialen Umwelt verstanden und behandelt werden. Psychisch behinderte Menschen zu unterstützen und zu begleiten, ist seit der Psychiatriereform nicht mehr alleinige Aufgabe der Medizin. Auch die Soziale Arbeit hat, unter anderem, in der Form der psychosozialen Unterstützung und Vernetzung Einzug ins Feld der psychiatrischen Behandlung gefunden. Sie soll den Betroffenen und ihren Familien mit einem bio-psycho-sozialen Verständnis begegnen und sich gegenüber der arrivierten Medizin behaupten und nicht nur eine Assistenzfunktion übernehmen. Roland Niedermann (2012), Sozialarbeiter in der kinderpsychiatrischen Klinik Sonnenhof in Ganterschwil, bezeichnet seine Funktion als „Aussenminister“ und die Aufgaben der Klinischen Sozialarbeit sieht er darin die Anschlusslösung nach dem Klinikaufenthalt zu suchen und vorzubereiten (Elektronische Anfrage vom 1. Juli 2012).

Die Autorschaft ist sich bewusst, dass die klinisch tätigen Sozialarbeitenden in der Praxis oft auf die Organisations- und Koordinationsrolle reduziert werden, plädieren aber für einen aktiven Einbezug der Klinischen Sozialarbeit in den Behandlungsprozess während des stationären Aufenthaltes in der Kinderpsychiatrie. Klinisch tätige Sozialarbeitende könnten Patienten und Patientinnen nicht in einem medizinischen Sinne mit Medikamenten behandeln oder im Sinne der Psychologie therapieren, weil sie dazu nicht qualifiziert sind. Wenn die Autorschaft schreibt „in den Behandlungsprozess einbeziehen“ meint sie vielmehr, dass die Aspekte der (psycho-)soziale Ebene mit welcher sich die Sozialarbeit beschäftigt vermehrt in der Behandlung Beachtung finden sollten.

Klinische Sozialarbeit soll sogenannte psychosoziale Arbeit leisten. Psychosoziale Arbeit befasst sich mit Menschen und ihren psycho-sozialen Bedürfnissen und gilt als vorbeugende und behandelnde Sozialarbeit mit Individuen, Familien und Gruppen. Zur leitenden Theorie und als Erklärungswissen der psycho-sozialen Arbeit zählt die Systemtheorie. Das Ziel ist es, Klientinnen und Klienten in ihren konkreten Lebensbereichen zu stärken. Soziale Arbeit ist mit ihrem Ethos der Menschenwürde und der sozialen Gerechtigkeit nicht mehr aus der Psychiatrie wegzudenken. Sie setzt sich unter anderem dafür ein, damit Menschen mit psychisch bedingten Leiden genügend Ressourcen und die angemessene Unterstützung zur Einlösung ihrer Menschenrechte erhalten (vgl. Kapitel „Rollen“)

Der lebensweltorientierte Ansatz sozialarbeiterischer Beratung setzt bei den Zusammenhängen zwischen Individuum, Gruppe und Institution an (vgl. Kapitel „person-in-environment“).

6 Schlussfolgerungen

Familienberatung zielt somit auf zwischenmenschliche Beziehungen und auf die Aktivierung von Ressourcen zur Lösung von Krisen und Konflikten in familialen Lebensformen.

Als konkrete Arbeitsmethode mit dem betroffenen Kind und seiner Familie empfiehlt die Autorschaft die kompetenzorientierte Arbeit in stationären Settings (KOSS) nach Kitty Cassée und Han Spanjaard. Dieser kompetenzorientierte Hilfsprozess umfasst sieben Phasen: Aufnahme/Anmeldung, Analyse, Diagnose, Hilfskonzept/Indikation, individueller Hilfsplan, Intervention und Evaluation. Die KOSS-Methodik sieht während aller Phasen des stationären Aufenthaltes den aktiven Einbezug der Eltern beziehungsweise der Familie vor (vgl. Kapitel „Kompetenzorientierte Arbeit in stationären Settings (KOSS)“).

Die praxisnahe Ausgestaltung des KOSS Handbuches, sowie das Renommee der Autoren, hat die Autorschaft dazu bewogen, dieses Modell im vorliegenden Text vorzustellen. Die Methode für das stationäre Setting, eröffnet mögliche Handlungsfelder für die Klinische Sozialarbeit und macht eine vollumfängliche Begleitung möglich, welche durch alle Prozessschritte hindurch führen können. Das KOSS Manual von Kitty Cassée und Han Spaanjard wird jedoch nicht für sich eingenommen, sondern fördert den interdisziplinären Austausch und ermöglicht ein Miteinander.

Die Autorschaft gelangt zur Erkenntnis, dass zwar durch die Psychiatriereform ein Umdenken im Umgang mit psychisch behinderten Menschen stattgefunden hat; die Soziale Arbeit dennoch weiterhin keinen klar definierten Standpunkt vertritt neben etablierteren Berufsgruppen wie der Medizin oder Psychologie. Um nicht weiterhin in einer Assistenzfunktion zu verharren und um ihren professionellen Beitrag leisten und legitimieren zu können, muss die Soziale Arbeit ihre eigenen Handlungsansätze theoriebasiert, überzeugend, wirksam und nachhaltig im interdisziplinären Helfersystem der Kinderpsychiatrie einbringen.

Deshalb geht die vorliegende Arbeit der Frage nach, wie die Klinische Sozialarbeit im Behandlungskontext der Kinderpsychiatrie durch professionelles Handeln die Arbeit mit dem Familiensystem massgeblich mitgestalten kann.

Die Klinische Sozialarbeit hat mannigfaltige Aufgaben, Rollen, aber auch entsprechende Kompetenzen. Dem aktuellen Diskussionsstand der Fachliteratur ist zu entnehmen, dass die Klinische Sozialarbeit zwar von Expertinnen und Experten dieses Bereichs als relevant angesehen wird; es bis jetzt aber noch nicht geschafft hat, sich gegenüber anderen Disziplinen vollends als relevante Profession zu etablieren. Viel zu oft fristet die Klinische Sozialarbeit ein Schattendasein. Durch eigene Handlungsansätze, wie sie im vierten Teil der vorliegenden Arbeit skizziert werden, hat die klinische Fachsozialarbeit jedoch durchaus eine Daseinsberechtigung und kann sich als eigene Profession abgrenzen und beweisen. Die Klinische Sozialarbeit bedient sich hierfür eigener Sichtweisen und ist

sich der Wichtigkeit der Familie im Behandlungskontext bewusst. Sie beleuchtet aber nicht nur das Veränderungspotential für förderliche Schritte zur Genesung des betroffenen Kindes, sondern öffnet den Blick. Ganz im Sinne des bio-psycho-sozialen Modells und einer systemischen Perspektive richtet die Klinische Sozialarbeit ihr Augenmerk auch auf das Familiensystem. Diese Aufgabe kann aber nur, wie erwähnt, übernommen werden, wenn die Klinische Sozialarbeit Teil des interdisziplinären Behandlungsteams ist. Es muss für alle Involvierten klar sein, welchen Standpunkt sie im interdisziplinären Helfersystem einnimmt und was sie zum Behandlungsprozess beitragen kann. Da die Autorschaft erkannt hat, dass die Klinische Sozialarbeit noch einiges für ihre Anerkennung und ihr Renommee tun muss, widmet sie das nachstehende Kapitel dem Handlungsbedarf für die Klinische Sozialarbeit – heute und morgen.

6.2 Handlungsbedarf für die Klinische Sozialarbeit – heute und morgen

Auch Ortmann und Schaub (2002) sind der Meinung, dass es der Klinischen Sozialarbeit bis jetzt nicht gelungen ist, als eigenständige Disziplin und Profession mit eigenem Wissen und eigenen Handlungsweisen wahrgenommen und anerkannt zu werden (S. 67).

Auch gemäss Beat Leuthold (2008) steht die Soziale Arbeit vor der Herausforderung, im Veränderungsprozess des Gesundheitswesens eine neue professionelle Position zu finden. Neben einer generellen Aufwertung der gesundheitsfördernden Sozialen Arbeit ist die Entwicklung der Klinischen Sozialarbeit notwendig, um die Anliegen der leidenden Menschen und deren Umfeld, aber auch dem Anspruch der Gesellschaft und den Anforderungen der Profession gerecht zu werden. Die Klinische Sozialarbeit in der Schweiz muss sich noch weiterentwickeln und selbstbewusst und vor allem sichtbar auftreten im medizinisch-industrialisierten Komplex des heutigen Gesundheitssystems. Sie muss neben Pflege, Medizin, Psychologie und Psychotherapie eine eigenständige Disziplin darstellen (S. 3).

6 Schlussfolgerungen

Das Für und Wider einer Etablierung Klinischer Sozialarbeit wurde auf dem Symposium „Klinische Sozialarbeit“ vom 19. Januar 2000 in der Katholischen Fachhochschule Mainz ausführlich diskutiert. Hier die Zusammenfassung der wichtigsten Argumente (zit. in Mühlum, 2002, S. 17, vgl. Tab. 10):

PRO	CONTRA
<ul style="list-style-type: none"> - Klinische Sozialarbeit bringt den Aufgabenbereich „auf den Begriff“ - Reklamiert Zuständigkeit für Gesundung/Heilung - Stärkt die Gesundheitskompetenz und schärft das Profil - Positioniert Sozialarbeit gegenüber Gesundheitsberufen - Wirk einer diffusen „Allzuständigkeit“ entgegen - Verhindert Abspaltungen an den Rändern der Sozialarbeit - Eröffnet Entwicklungs- und Karrierechancen - Trägt zur Forschung und Wissenschaftsentwicklung bei - Macht anschlussfähig an Gesundheitswissenschaften - Gibt Anstöße zur Methodenentwicklung 	<ul style="list-style-type: none"> - Konflikt mit etablierteren Professionen in der Klinik - Gefahr der Klientelisierung und Therapeutisierung - Faszination von „Behandlungsmacht“ - Überstülpung amerikanischer Konzepte - Abwertung grundständiger Sozialarbeit - Entwertung anderer Zusatzqualifikationen - Rivalitäten im „eigenen Haus“ Sozialarbeit - Rückfall zur Defizitorientierung - Mangel an eigenständigen Methoden - Verlust generalistischer Kompetenz

Tabelle 10: Pro und Contra der Etablierung Klinischer Sozialarbeit, eigene Darstellung in Anlehnung an Mühlum, 2002, S. 17

In der Tabelle stehen sich zehn Pro- und zehn Contra-Argumente für die Etablierung Klinischer Sozialarbeit gegenüber. Was bedeutet dies nun? Heisst, dass das die Klinische Sozialarbeit nicht relevant ist und deshalb nicht etabliert werden sollte? Oder heisst es ganz einfach, dass der Autor je zehn positive und je zehn negative Argumente aufführen wollte? Um zu entscheiden, ob die Klinische Sozialarbeit etabliert werden sollte, muss man die Argumente genauer betrachten und gegeneinander abwägen. Zuerst schaut die Autorschaft bei den Pro-Argumenten genauer hin. Durch den Begriff beziehungsweise die Definition von Klinischer Sozialarbeit wird ihr Aufgabenbereich klarer, sie ist zuständig für Gesundung und Heilung (natürlich wie bereits erwähnt nicht durch Medikamente, sondern durch psychosoziale Arbeit), sie stärkt Kompetenzen und schärft dadurch ihr Profil (für sich und andere Disziplinen) und positioniert sich dadurch im interdisziplinären Umfeld. Durch eine klarere Definition des Aufgabenbereichs kommt es zu keiner „Allzuständigkeit“, welche droht, da die Klinische Sozialarbeit kein „traditionelles Tätigkeitsmonopol“ besitzt (vgl. Kapitel „Rollen“). Durch ein klares Profil und einen klaren Zuständigkeitsbereich werden Entwicklungs- und Karrierechancen erhöht, die sozialarbeiterische Forschung wird begünstigt (was aus Sicht der Autorschaft sehr zu begrüßen ist, da sich die Soziale Arbeit oft psychologischer oder soziologischer Theorien bedienen muss, da sie über zu wenig eigene verfügt), dadurch wird sie anschlussfähig an andere Wissenschaften und gibt durch eigene Theorien Anstöße zur eigenen Methodenentwicklung.

6 Schlussfolgerungen

Methodenentwicklung und –integration sollte von der Klinischen Sozialarbeit in den Mittelpunkt gestellt und auf ihre Wirkungsweisen in der Praxis hin überprüft werden (Geissler-Piltz, 2004, S. 6). Hüttemann, Fetscher und Leuthold (2007) sind der Meinung, dass es neben der forschungsfreundlichen Kultur und der Kompetenz zur Forschungsnutzung zukünftig einer verbesserten Infrastruktur bedarf, die den Professionellen den Zugang zu diesen Forschungsergebnissen ermöglicht. Die Interventionspraxis der Sozialen Arbeit muss fortlaufend durch den Stand der Forschung aktualisiert werden können. Die Kenntnisse über die empirische Interventions- und Wirkungsforschung reiche dabei nicht aus, vielmehr seien profunde, berufspraktische Expertisen erforderlich, damit die Sozialarbeitenden im Klinikalltag kompetent handeln können.

Weiter müssen sich die sozialen Dienstleistungen daran messen lassen können, inwieweit sie den Wünschen, Erwartungen und Werten der Adressaten und Adressatinnen entsprechen. Damit sind die evidenzbasierten Grundkomponenten genannt. Um nun eine sogenannte „best practise“ zu erlangen, müssen alle Komponenten gleichzeitig berücksichtigt werden (S. 7).

Nun zu den Contra-Argumenten. Wie schon öfters in dieser Arbeit beschrieben, steht die Klinische Sozialarbeit öfters in Konflikten mit anderen etablierteren Disziplinen wie Psychologie, Psychotherapie, Medizin, usw. Dies ist allerdings aus Sicht der Autorschaft kein Grund gegen die Etablierung der Klinischen Sozialarbeit, sondern vielmehr ein Antrieb und eine Veranlassung bei anderen Disziplinen für die Relevanz der Klinischen Sozialarbeit zu kämpfen und diese zu überzeugen. Weiter drohe die Gefahr der „Klientelisierung und Therapeutisierung“. Dazu meint die Autorschaft, dass sich die Klinische Sozialarbeit neben ihrer Überzeug relevant und wirksam zu sein, ganz klar den Grenzen ihrer Kompetenzen bewusst zu sein und wie in allen Bereichen Sozialer Arbeit darf auch die Klinische Sozialarbeit ihre Macht nicht ausnutzen (bezieht sich auf das Argument der Faszination von Behandlungsmacht). Zum Argument der „Überstülpung amerikanischer Konzepte“ wird die Leserschaft gebeten, das Kapitel „Entstehung und Entwicklung der Klinischen Sozialarbeit“ hinzuzuziehen. Es ist klar, dass die Wurzeln der Klinischen Sozialarbeit in Amerika gründen, allerdings bestehen grosse Bemühungen, die Konzepte auf den deutschsprachigen Raum anzupassen. Falls es zu Abwertungen grundständiger Sozialarbeit kommen sollte, ist auch klar, dass es zu „Rivalitäten im eigenen Haus kommen würde“. Dies bezweifelt allerdings die Autorschaft, da sie Klinische Sozialarbeit als einen Ast der Sozialen Arbeit sieht, aber nicht als Konkurrenz, da Klinische Sozialarbeit klar die Werte der grundständigen Sozialen Arbeit teilen und dadurch auch nicht ihre „generalistische Kompetenz“ verlieren sollte. Weiter sollte Klinische Sozialarbeit ressourcenorientiert sein und auf keinen Fall der Defizitorientierung verfallen und der Mangel an eigenständigen Methoden und eigenen Handlungskompetenzen wurde bei den Pro-Argumenten schon als wichtiger Handlungsbedarf der Klinischen Sozialarbeit eruiert.

6 Schlussfolgerungen

Die Autorschaft ist sich bewusst, dass die Klinische Sozialarbeit zwar auf eine lange Geschichte zurückblicken kann und seither schon viele Veränderungen durchgemacht hat – sie sich aber noch einigen Herausforderungen stellen muss. Hier sind nach Meinung der Autorschaft vor allem die zukünftigen Berufsleute gefordert, welche dafür angemessene, spezifische Aus- und Weiterbildung benötigen. Allerdings garantiert auch die beste Ausbildung nicht, dass man im Berufsalltag bestehen kann. Es sind die Sozialarbeitenden, welche aus der Profession das machen, was sie ist und sein sollte. Die Autorschaft schliesst sich hier der Handlungsmaxime des Berufskodex an: „Die Professionellen der Sozialen Arbeit entwickeln ihre persönlichen und beruflichen Wissens- und Handlungskompetenzen sowie ihr ethisches Bewusstsein ständig weiter und bemühen sich um die Entwicklung und Anerkennung ihres Berufsstandes“ (Berufskodex AvenirSocial, 11.5).

Wird es der Klinischen Sozialarbeit gelingen ihre Position im Spannungsfeld des Tripelmandats zu finden? Wird sie es schaffen, sich als eigenständige, forschungsbasierte Fachdisziplin mit wirksamen Handlungsansätzen zu etablieren? Und wird sie sich von arrivierten Disziplinen wie der Medizin und Psychologie emanzipieren können?

Die Autorschaft ist sich im Klaren darüber, dass der Weiterentwicklung der Klinischen Sozialarbeit noch ein weiter Weg bevor steht. Die vorliegende Arbeit soll hierfür einen Beitrag leisten. Spannend bleibt die Frage, ob die Klinische Sozialarbeit in den nächsten Jahren ihre Relevanz ausbauen kann. Ansonsten droht ihr die Abschaffung wegen Irrelevanz.

7 Literaturverzeichnis

- Adler, Helmut (2003). *Eine gemeinsame Sprache finden. Klassifikation in der Sozialen Arbeit - Ein Versuch: das person-in-environment System (PIE)*. Gefunden am 16. Mai 2012, unter <http://www.sgbviii.de/S32.html>
- Antonovsky, Aaron (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: dgvt.
- Arolt, Volker; Reimer, Christian & Dilling, Horst (2007). *Basiswissen Psychiatrie und Psychotherapie* (6. Aufl.). Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- AvenirSocial – Berufskodex der Sozialen Arbeit Schweiz. *Homepage AvenirSocial*. Gefunden am 27. März 2012, unter <http://www.avenirsocial.ch/de/p42006765.html>
- Baierl, Martin (2008). *Herausforderung Alltag. Praxishandbuch für die pädagogische Arbeit mit psychisch gestörten Jugendlichen*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Ball, Juliane & Peters, Sabine (2007). Stressbezogene Risiko- und Schutzfaktoren. In Inge Seiffge-Krenke & Arnold Lohaus (Hrsg.), *Stress und Stressbewältigung im Kindes- und Jugendalter* (S. 126-143). Göttingen: Hogrefe.
- Barker, Robert L. (1999). *The Social Work Dictionary*. New York: NASW Press.
- Bastine, Reiner (1998). *Klinische Psychologie, Band 1* (3. Aufl.). Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.
- Beck, Barbara & Borg-Laufs, Michael (2010). Sind Sozialarbeiter nicht (mehr) gut genug? Betrachtung zur Überarbeitung des psychotherapeutischen Gesetzes. In Dekan des Fachbereichs (Hrsg.), *Sozialwesen Band 50 der Schriften des Fachbereichs Sozialwesen an der Hochschule*. Niederrhein: Mönchengladbach.
- Berg, Insoo Kim (2002). *Familien – Zusammenhalt(en). Ein kurz-therapeutisches und lösungs-orientiertes Arbeitsbuch* (7. Aufl.). Dortmund: vml.
- Bernler, Gunnar & Johnsson, Lisbeth (1997). *Psychosoziale Arbeit. Eine praktische Theorie*. Weinheim und Basel: Beltz.
- Bertram, Hans & Bertram Brigit (2009). *Familie, Sozialisation und die Zukunft der Kinder*. Opladen und Farmington Hills: Barbara Budrich.
- Brandell, Jerrold (1997). *Theory and practice in clinical social work*. New York: The free press.
- Brändli, Sebastian (2009). *Krankheit*. Gefunden am 16. März 2012, unter <http://hls-dhs-dss.ch/textes/d/D16312.php>
- Brazelton, T. Berry & Greenspan, Stanley I. (2002). *Die sieben Grundbedürfnisse von Kindern. Was jedes Kind braucht, um gesund aufzuwachsen, gut zu lernen und glücklich zu sein*. Weinheim und Basel: Beltz.
- Bronfenbrenner, Urie (1981). *Die Ökologie der menschlichen Entwicklung. Natürliche und geplante Experimente*. Stuttgart: Ernst Klett.

- Bundesamt für Statistik [BFS]. (2009). *BFS Aktuell. Ergebnisse der medizinischen Statistik 2009. Spitalaufenthalte von Jugendlichen*. Bern: Autor.
- Bundesamt für Statistik [BFS]. *Homepage des Bundesamtes für Statistik*. Gefunden am 27. März 2012, unter <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/02/01/key/01/01.html>
- Bundesgesetz über die Beseitigung von Benachteiligungen von Menschen mit Behinderungen vom 13. Dezember 2002 (SR 151.3).
- Carigiet, Erwin (2004, 8. November). *Klinische Sozialarbeit aus gesundheitspolitischer Sicht*. Vortrag gehalten an einer Arbeitstagung .
- Carigiet, Erwin (2005). Beraten, Behandeln und Begleiten in einem sich wandelnden Sozial- und Gesundheitsweisen: Ist klinische Sozialarbeit eine Antwort? *Intercura*, ? (90), 23 -29.
- Cassée, Kitty & Spanjaard, Han (2009). *KOSS-Manual. Handbuch für die kompetenzorientierte Arbeit in stationären Settings*. Bern, Stuttgart & Wien: Haupt.
- Cassée, Kitty (2007). *Kompetenzorientierung: Eine Methodik für die Kinder- und Jugendhilfe. Ein Praxisbuch mit Grundlagen, Instrumenten und Anwendungen*. Bern, Stuttgart und Wien: Haupt.
- Cassée, Kitty (2008). *KOFA-Manual. Handbuch für die kompetenzorientierte Arbeit mit Familien*. Bern: Haupt.
- Cassée, Kitty (2012, März). Soziale Arbeit in der Familie. *SozialAktuell*, 44 (3), 12-13.
- Chopard, Jacqueline (2011). *Kindesschutz*. Unveröffentlichtes Unterrichtsskript. Hochschule Luzern Soziale Arbeit.
- Crefeld, Wolf (2000). Klinische Sozialarbeit – nur des Kaisers neue Kleider?. In Margret Dörr (Hrsg.), *Klinische Sozialarbeit – eine notwendige Kontroverse* (S. 23-39). Baltmannsweiler: Schneider Hohengehren.
- Das Psychologie-Lexikon (2012). *Familiensystem*. Gefunden am 16. März 2012, unter <http://www.psychology48.com/deu/d/familiensystem/familiensystem.htm>
- Denner, Silvia (2008). *Soziale Arbeit mit psychisch kranken Kindern und Jugendlichen*. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH.
- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (Hrsg.) (2003). *Leitlinien zu Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter*. Köln: Deutscher Ärzteverlag.
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information [DIMDI]. (2005). *ICF. Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit*. Genf: World Health Organization.
- Dilling, Horst; Mombour, Werner & Schmidt, Martin H. (2002). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10*. (5. Auflage). Bern: Huber Verlag.

- Dörr Margret (2002). *Klinische Sozialarbeit – eine notwendige Kontroverse*. Baltmannsweiler: Schneider Hohengehren.
- Dörr, Margret (2005). *Soziale Arbeit in der Psychiatrie*. München: Ernst Reinhardt.
- Dreifuss, Ruth (2002, 1. März). *Die Politik am Massstab des Kindeswohls*. Referat gehalten am interdisziplinären Symposium des Eidgenössischen Departementes des Innern [EDI] an der Universität Freiburg.
- Duvall, Evelyn Millis (1977). *Marriage and Family Development* (5. Aufl.). New York, Hagerstown, Philadelphia, San Francisco und London: Harper & Row.
- Eckert, Andreas (2007). *Familien mit einem behinderten Kind. Zum aktuellen Stand der wissenschaftlichen Diskussion*. Gefunden am 5. Mai 2012, unter <http://bidok.uibk.ac.at/library/beh-1-07-eckert-kind.html>
- Egger, Josef W. (1992). Zum Krankheitsbegriff in der Verhaltenstherapie. In Alfred Pritz und Hilarion Gottfried Petzold (Hrsg.). *Der Krankheitsbegriff in der modernen Psychotherapie* (S. 303 – 322). Paderborn: Junfermann.
- Engelbert, Angelika (2003). Behinderung im Hilfesystem: Zur Situation von Familien mit behinderten Kindern. In Günther Cloerkes (Hrsg.). *Wie man behindert wird*. Heidelberg: Winter.
- Erler, Michael (2011). *Systemische Familienarbeit. Eine Einführung* (2. Aufl.). Weinheim und München: Juventa.
- Fäh, Barbara (2008). „*Alles too much!*“. *Stress, psychiatrische Gesundheit, Früherkennung und Frühintervention in der Schule*. Olten: Fachhochschule Nordwestschweiz.
- Fäh, Barbara (2009). *Starke Eltern-Starke Lehrer-Starke Kinder. Wie die psychische Gesundheit von Eltern und Lehrern Kindern hilft*. Marburg: Tectum Verlag.
- Fröhlich-Gildhoff, Klaus & Rönna-Böse, Maike (2009). *Resilienz*. München: Ernst Reinhardt.
- Fröhlich-Gildhoff, Klaus (2007). *Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen. Ursachen, Erscheinungsformen und Antworten*. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.
- Gahleitner, Silke Brigitta (2006, August). ‚ICD plus‘ und ‚Therapie plus‘ – Diagnostik und Intervention in der Klinischen Sozialarbeit. *Zeitschrift für Klinische Sozialarbeit*, ? (2), 12 – 22.
- Geissler-Piltz, Brigitte (2004). *Klinische Sozialarbeit: eine Herausforderung für die Soziale Arbeit*. Gefunden am 20. Mai 2012, unter http://www.cat-racing.de/uploads/media/Klinische_Sozialarbeit_Geissler-Piltz_01.pdf
- Geissler-Piltz, Brigitte (2006, August). Historische Verortung: Von der Sozialen Diagnose zum Clinical Social Work. *Klinische Sozialarbeit. Zeitschrift für psychosoziale Praxis und Forschung*, 2 (2), 7-11.
- Geissler-Piltz, Brigitte; Mühlum, Albert & Pauls, Helmut (2005). *Klinische Sozialarbeit*. München und Basel: Ernst Reinhardt.

- Godenzi, Alberto (1994). *Gewalt im sozialen Nahraum*. Basel und Frankfurt am Main: Helbling & Lichtenhahn.
- Grawe, Klaus (2004). *Neuropsychotherapie*. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle, Oxford und Prag: Hogrefe.
- Hackenberg, Waltraud (2008). *Geschwister von Menschen mit Behinderung. Entwicklung, Risiken, Chancen*. München: Ernst Reinhardt.
- Hafen, Martin (2007). *Grundlagen systemischer Prävention. Ein Theoriebuch für Lehre und Praxis*. Heidelberg: Carl-Auer Verlag.
- Hahlweg, Kurt & Heinrichs, Nina (2007). Prävention psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen: Evidenz basierte Elterntrainings in Deutschland. In Bernhard Badura; Wilhelm Kirch & Holger Pfaff (Hrsg.), *Prävention und Versorgungsforschung* (S. 669-691). Heidelberg: Springer.
- Hahlweg, Kurt (2011, 30. Juni). *Familie und Prävention von psychischen Störungen*. Vortrag gehalten an der Psychiatrischen Klinik Luzern.
- Hahn, Gernot (2006, August). Standardisierte Diagnostik in der Sozialen Arbeit – Das Person-In-Environment System (PIE). *Klinische Sozialarbeit. Zeitschrift für psychosoziale Praxis und Forschung*, 2 (2), 7-11.
- Hammelstein, Philipp & Renneberger, Babette (2006). *Gesundheitspsychologie*. Berlin: Springer.
- Hegeler, Hildegard (2008). Klinische Sozialarbeit im Krankenhaus. In Karlheinz Ortmann & Dieter Röh (Hrsg.). *Klinische Sozialarbeit. Konzepte. Praxis. Perspektiven* (S. 121 - 137). Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Heinemann, Evelyn und Hopf, Hans (2008). *Psychische Störungen in Kindheit und Jugend. Symptome – Psychodynamik – Fallbeispiele – psychoanalytische Therapie* (3. überarbeitete Aufl.). Stuttgart: Verlage W. Kohlhammer.
- Heiner, Maja (1995). *Soziale Arbeit als Beruf. Fälle - Felder - Fähigkeiten*. München: Ernst Reinhardt.
- Hellerich, Gert & White, Daniel (2012). Die Psychiatrisierung sozialer Schwierigkeiten. Eine Analyse des sozialarbeiterischen Umgangs mit psychosozialer Abweichung. *SozialAktuell*, 44 (4), 14-15.
- Hierlemann, Franz (2001). *Soziale Arbeit in der Psychiatrie*. Gefunden am 20. Mai 2012, unter http://www.avenirsocial.ch/sozialaktuell/sozial_aktuell_6910_6915.pdf
- Hinsch, Rüdiger & Pfingsten, Ulrich (2002). *Gruppentraining sozialer Kompetenzen GSK* (4. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Hirschmüller, Barbara; Hopf, Hans; Munz, Dietrich & Szewkies, Jorge (1997). *Dauer und Frequenz analytischer Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen. Daten und Fakten (Band 5)*. Mannheim: VAKJP-Schriftenreihe.

- Hochuli Freund, Ursula & Stotz, Walter (2011). *Kooperative Prozessgestaltung in der Sozialen Arbeit. Ein methodenintegratives Lehrbuch*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Horch, Kerstin & Schubert, Ingrid (2004). Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. In *Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. Berlin: Robert Koch-Institut.
- Horkheimer, Max (1986). *Traditionelle und kritische Theorie. Fünfaufsätze*. Frankfurt am Main: Fischer.
- Hosěk, Martin (2011, 9. November). *Psychosoziale Beratung in der Praxis*. Vortrag gehalten an der Jahrestagung des Vereins Klinische Sozialarbeit Schweiz CSWS.
- Hosěk, Martin (2011, Februar). Es lebe der Unterschied! Plädoyer für einen Ausdifferenzierungsprozess am Beispiel der Klinischen Sozialarbeit. *SozialAktuell*, 44 (2), 34-35.
- Hünersdorf , Bettina (2002). Der klinische Blick in der Medizin und erste Gedanken zur möglichen Übertragbarkeit auf die Klinische Sozialarbeit. In Margret Dörr (Hrsg.), *Klinische Sozialarbeit – eine notwendige Kontroverse* (S. 52-64). Baltmannsweiler: Schneider Hohengehren.
- Hüttemann, Matthias; Fetscher, Klaus & Leuthold, Beat (2007, Juli). Klinische Sozialarbeit als forschungsbasierte Intervention. Internationale Perspektiven forschungsbasierter Praxis und die Situation Klinischer Sozialarbeit in der Schweiz. *Klinische Sozialarbeit. Zeitschrift für psychosoziale Praxis und Forschung*, 3 (3), 6-9.
- Hurrelmann, Klaus (2000). *Gesundheitssoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung* (4. Aufl.). Weinheim und München: Juventa.
- ICD (2001). *International Statistical Classification of Functioning, Disability and Health*. Gefunden am 4. Jul. 2012, unter <http://www.dimdi.de/dynamic/de/klasi/downloadcenter/icd-10-who/version2011/>
- Jerusalem, Matthias (2006). Theoretische Konzeptionen der Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter. In Arnold Lohaus; Matthias Jerusalem & Johannes Klein-Hessling (Hrsg.) *Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter* (S. 48ff). Göttingen, Wien, Bern und Toronto: Hogrefe.
- Jungnitsch, Georg (2009). *Klinische Psychologie* (2. Aufl.). Stuttgart: W. Kohlhammer.
- Kähler, Harro Dietrich (2009). *Erstgespräch in der sozialen Einzelhilfe* (5. Aufl.). Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Käppler, Christoph (2006). Psychische Gesundheit und Zugang zu professioneller Hilfe: Wie denken Kinder, Jugendliche und ihre Eltern darüber? In Schweizerischer Nationalfonds zur Förderung der wissenschaftlichen Forschung (Hrsg.) *Antisoziales Verhalten bei Kindern, psychosoziale Risiken von Jugendlichen: Was bringt Prävention und Beratung?* (S. 18-21). Bern: Schweizerischer Nationalfonds.

- Keiser, Rudolf (2011). *AKTE Sozialversicherungen 2012*. Luzern: Keiser.
- Kirchweger, Sonja (2010). Klinische Sozialarbeit mit Kindern und Jugendlichen – eine besondere Herausforderung im psychiatrischen Alltag. In Silke Gahleitner & Gernot Hahn (Hrsg.), *Klinische Sozialarbeit. Gefährdete Kindheit – Risiko, Resilienz und Hilfen* (S. 271-278). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Knoll, Nina; Scholz, Urte & Rieckmann, Nina (2005). *Einführung in die Gesundheitspsychologie*. München: Ernst Reinhardt.
- Kolip, P. & Lademann, J. (2006). Familie und Gesundheit. In Klaus Hurrelmann, Ulrich Laaser & Oliver Razum (Hrsg.), *Handbuch Gesundheitswissenschaften*. (4. Aufl., S. 625-652). Weinheim: Juventa.
- König, Joachim (2000). *Einführung in die Selbstevaluation. Ein Leitfaden zur Verwertung der Praxis Sozialer Arbeit*. Freiburg: Lambertus.
- Kormann, Matthias & Quick, Christa (2012). Es hilft, was zu den Betroffenen passt. *SozialAktuell*, 44 (3), 4.
- Kottler, Anna (2004). *Psychosoziale Beratung in der Klinischen Sozialarbeit. Bedarf und Kompetenzen*. Lage: Jacobs.
- Krause, Christina; Fittkau, Bernd; Fuhr, Reinhard & Thiel, Heinz-Ulrich (2003). *Pädagogische Beratung*. Paderborn: Ferdinand Schöningh GmbH.
- Krause, Detlef (2005). *Luhmann-Lexikon*. Stuttgart: Lucius & Lucius.
- Leder, Matthias (2004). Elterliche Fürsorge – ein vergessenes soziales Grundmotiv. *Zeitschrift für Psychologie*, ? (212), 10-24.
- Lenz, Albert (2010). *Ressourcen fördern. Materialien für die Arbeit mit Kindern und ihren psychisch kranken Eltern*. Göttingen: Hogrefe.
- Lenz, Karl (2002). Familien. In Wolfgang Schröer; Norbert Struck & Mechthild Wolf (Hrsg.). *Handbuch Kinder- und Jugendhilfe*. Weinheim und München: Juventa.
- Leuthold, Beat (2007). *Klinische Sozialarbeit als Dach für soziale Beratung und Therapie*. Gefunden am 20. Mai 2012, unter http://www.klinische-sozialarbeit.ch/Leuthold,%20Beat%20sozial_aktuell_2008.pdf
- Luzerner Psychiatrie (2012). *Homepage der Luzerner Psychiatrie*. Gefunden am 23. Jul. 2012, unter <http://www.lups.ch/index.cfm?rub=79>
- Mägdefrau, Jutta (2003). Wozu braucht die Pädagogik eine Bedürfnistheorie? *Pädagogische Rundschau*, 57 (3), 299-305.
- Marbach, Jan H. (2008). Die Familie als Forschungsthema – ein Auslaufmodell? Zur Aktualität des Familienbegriffs in der Familienforschung und Ansätze zu einer Neufassung. In Walter Bien & Jan H. Marbach (Hrsg.), *Familiale Beziehungen, Familienalltag und soziale Netzwerke. Ergebnisse der drei Wellen des Familiensurvey* (S. 13 – 32). Wiesbaden: VS.

- Matter, Helen & Ablanalp, Esther (2009). *Sozialarbeit mit Familien. Eine Einführung* (2. Aufl.). Bern, Stuttgart & Wien: Haupt.
- Mc Cubbin, Hamilton I. & Patterson, Joan M. (1983). *Stress and the Family. Volume II: Coping with catastrophe*. New York: Brunner/Mazel Publishing.
- Mc Goldrick, Monica; Gerson, Randy & Petry, Sueli (2009). *Genogramme in der Familie* (3. vollständig überarbeitet und erweiterte Aufl.). Bern: Huber.
- Menz, Simone (2009). Familie als Ressource. *Individuelle und familiäre Bewältigungspraktiken junger Erwachsenen im Übergang in Arbeit*. Weinheim und München: Juventa.
- Meyer, Rolf & Sauter, Arnold (1999). *Umwelt und Gesundheit*. Gefunden am 20. Mai 2012, unter <http://www.tab-beim-bundestag.de/de/publikationen/berichte/ab063.html>
- Mietzel, Gerd (2002). *Wege in die Entwicklungspsychologie. Kindheit und Jugend* (4. Aufl.). Weinheim: Belz.
- Mühlum, Arbert (2002). Gesundheitsförderung und klinische Fachlichkeit. Auf dem Weg zur Klinischen Sozialarbeit. In Margret Dörr (Hrsg.), *Klinische Sozialarbeit – eine notwendige Kontroverse (Band 7)* (S. 10 – 22). Baltmannsweiler: Schneider Hohengehren.
- Müller, Burkhard (1993). *Sozialpädagogisches Können*. Freiburg: Lambertus.
- Müller, Stephanie (2006). *Fernsehwerbung für Kinder- Reflexion kindlicher Bedürfnisse?* Berlin: GRIN.
- Mussen, Paul (1986). *Einführung in die Entwicklungspsychologie* (8. Aufl.). Weinheim und München: Juventa.
- Nationale Gesundheitspolitik Schweiz. (2004). *Psychische Gesundheit. Anhang 2 des Strategieentwurfs zum Schutz, zur Förderung, Erhaltung und Wiederherstellung der psychischen Gesundheit der Bevölkerung in der Schweiz. Psychiatrische Versorgungsstrukturen*. Bern: Bundesamt für Gesundheit [BAG].
- Nau, Hans (2002). Perspektiven für die Klinische Sozialarbeit im Gesundheitswesen. In Norbert Gödecker-Geenen & Herbert Nau (Hrsg.), *Klinische Sozialarbeit. Eine Positionsbestimmung* (S. 178-190). Münster, Hamburg & London: LIT.
- Nauck, Bernhard & Joos, Magdalena (2005). Kinder. In Ernst Reinhardt (Hrsg.), *Handbuch Sozialarbeit Sozialpädagogik* (3. Aufl., S. 927 – 930). München und Basel: Ernst Reinhardt.
- Nave-Herz, Rosemarie (2004). *Ehe- und Familiensoziologie. Eine Einführung in Geschichte, theoretische Ansätze und empirische Befunde*. Weinheim und München: Juventa.
- Nestmann, Frank (1999) Familie als soziales Netzwerk und Familie im sozialen Netzwerk. In Lothar Böhnisch & Karl Lenz (Hrsg.), *Familien – Eine interdisziplinäre Einführung*. Weinheim und München: Juventa.
- Neurologen und Psychiater im Netz (2012). *Kinder/Jugendpsychiatrie & Psychotherapie*. Gefunden am 16. März 2012, unter <http://www.neurologen-und-psychiater-im-netz.de/npin/show.php3?id=17&nodeid=>

- Niebank, Kay & Petermann, Franz (2002). *Grundlagen und Ergebnisse der Entwicklungspsychopathologie*. Göttingen: Hogrefe.
- Nieberg, Holger (2010). *Blickpunkt Elternschule. Elterliche Gewalt im Familiensystem – Eine qualitative Studie zum Nutzen von Elternkursen*. München: AVM.
- Noser, Walter (2008, 26. November). *Kindswohl. Wann ist es dem Kind wohl?* Gefunden am 17. März 2012, unter http://www.beobachter.ch/familie/kinder/artikel/kindswohl_wann-ist-es-dem-kind-wohl/
- Oerter, Rolf & Montada, Leo (2008). *Entwicklungspsychologie* (6. Aufl.). Weinheim und Basel: Beltz.
- Ohne Name (2008, 14. Juni). Kinder brauchen Elternarbeit. *Toggenburger Tagblatt*. Gefunden am 14. März 2012, unter <http://www.ganglion.ch/pdf/Kinder%20brauchen%20Elternarbeit%29.pdf>
- Ortmann, Karlheinz & Röh, Dieter (Hrsg.). (2008) *Klinische Sozialarbeit. Konzepte – Praxis – Perspektiven*. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Ortmann, Karlheinz & Schaub, Heinz-Alex (2002). Klinische Sozialarbeit-Eine kritische Sicht auf ein neues Fachgebiet. *Theorie und Praxis der sozialen Arbeit*, 2 (1), 66-72.
- Parson, Talcott (1997). *Sozialstruktur und Persönlichkeit*. Eschborn: Dietmar Klotz GmbH.
- Pauls, Helmut (2011a). *Grundlegendes zur Klinischen Sozialarbeit*. Gefunden am 20. Mai 2012, unter <http://www.klinische-sozialarbeit.de/zks/Grundlegendes.html>
- Pauls, Helmut (2011b). *Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psycho-sozialer Behandlung* (2. Aufl.). Weinheim und München: Juventa.
- Peter, Vreny (2011). *Interventionen im Kinderschutz*. Unveröffentlichtes Unterrichtsskript. Hochschule Luzern Soziale Arbeit.
- Richter, Dirk (2003). *Psychisches System und soziale Umwelt. Soziologie psychischer Störungen in der Ära der Biowissenschaften*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Ritter-Gekeler, Mariele (2005, 22. Oktober). *Systemische und Familientherapie in der kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis*. Vortrag gehalten anlässlich des 10-jährigen Praxisjubiläums der Praxis Dr. Teichert in Offenburg, Deutschland.
- Röh, Dieter (2009). *Soziale Arbeit in der Behindertenhilfe*. München und Basel: Ernst Reinhardt.
- Rückert, Norbert; Ondracek, Petr & Romanenkova, Lyudmyla (2006). *Leib und Seele: Salutogenese und Pathogenese*. Berlin: Frank & Timme GmbH.
- Rüegger, Cornelia (2012). Wenn Wissenschaft und Praxis kooperieren. Verfahrensentwicklung für die Soziale Arbeit der Psychiatrie. *SozialAktuell*, 44 (4), 26-27.
- Schnabel, Peter-Ernst (2001). *Familie und Gesundheit. Bedingungen, Möglichkeiten und Konzepte der Gesundheitsförderung*. Weinheim und München: Juventa.
- Schneewind, Klaus A. (1999). *Familienpsychologie*. Stuttgart: Kohlhammer.

- Schuchardt, Erika (2002). *Warum gerade ich? Leben lernen in Krisen* (11. Aufl.). Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht.
- Schuchardt, Heidi (2008). *Frühe Kindheit – Einflüsse, Störungen, Entwicklungsrisiken und daraus folgende Präventions- und Interventionsmöglichkeiten*. München: GRIN.
- Schuler, Daniela & Burla, Leila (2012) *Psychische Gesundheit in der Schweiz. Monitoring 2012* (Obsan Bericht 52). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Schwabe, Mathias (2008). *Methoden der Hilfeplanung. Zielentwicklung, Moderation und Aushandlung* (2. Aufl.). Frankfurt am Main: IGFH-Eigenverlag.
- Schwarzer, Wolfgang (Hrsg.) (2011). *Medizinische Grundlagen für soziale Berufe*. Basel: Borgmann.
- Schweizer Zivilgesetzbuch vom 10. Dezember 1907 (SR 210).
- Sommerfeld, Peter (2009, 4. Juni). *Soziale Arbeit in der Psychiatrie*. Referat gehalten an der Hochschule für Soziale Arbeit FHNW, Olten.
- Specht, Friedrich (1995, ?). Begrifflichkeiten und Klärungserfordernisse bei der Umsetzung von § 35a des Kinder- und Jugendhilfegesetzes. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 44 (?), 343-349.
- Steiner, Ruth (2012, April). Einsichten und Aussichten der Sozialpsychiatrie. Soziale Arbeit mit psychisch beeinträchtigten Menschen. *SozialAktuell*, 44 (4), 10-13.
- Steinhausen, Hans-Christoph (2002). *Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie*. München: Urban & Fischer.
- Stimmer, Franz (2000). *Lexikon der Sozialpädagogik und der Sozialarbeit* (4. Aufl.). München: Oldenburg Wissenschaftsverlag GmbH.
- Storch, Maja (2003). Die Bedeutung neurowissenschaftlicher Forschungsansätze für die psychotherapeutische Praxis. Teil II: Praxis: Das Zürcher Ressourcen Modell (ZRM). *Psychotherapie*, 8 (1), 11-29.
- Swenson, Carol R. (1995). Clinical Social Work. In *Encyclopedia of Social Work* (S. 502 – 512). New York: NASW-Press.
- Textor, Martin R. (2010). *Familienberatung und –therapie*. Gefunden am 7. Mai 2012, unter <http://www.info-sozial.de/data/Familienberatung.html>
- United Nations Children's Fund [Unicef] Schweiz. *Homepage der Unicef Schweiz*. Gefunden am 18. März 2012, unter <http://www.unicef.ch/de/information/publikationen/kinderrechte/>
- Voerckel, Julia & Klemm, Torsten (2010). *Kohäsion, Hierarchie und Flexibilität in Familiensystemen. Testtheoretischer und inhaltlicher Vergleich familien-struktur erfassender Verfahren*. Leipzig: Leipziger Wissenschaftsverlag.
- Von Schlippe, Arist (2009). *Familientherapie im Überblick. Basiskonzepte, Formen, Anwendungsmöglichkeiten* (12. Aufl.). Paderborn: Junfermann.

- Wahren, Juliane (2008). Klinische Sozialarbeit in einer Frauenzufluchtswohnung. In Karlheinz Ortmann & Dieter Röh (Hrsg.), *Klinische Sozialarbeit. Konzepte – Praxis – Perspektiven* (S. 173-189). Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Waller, Heiko (2006). *Gesundheitswissenschaft. Eine Einführung in Grundlagen und Praxis* (4. Aufl.). Stuttgart: W. Kohlhammer.
- Walsh, Froma (2003). *Normal family processes*. New York und London : The Guilford Press.
- Weber, Esther (2005). *Beratungsmethodik in der Sozialarbeit. Das Unterrichtskonzept der Beratungsmethodik an der Hochschule für Soziale Arbeit Luzern* (2. Aufl.). Luzern: interact.
- Weinberger, Sabine & Papastefanou, Christiane (2008). *Wege durchs Labyrinth. Personenzentrierte Beratung und Psychotherapie mit Jugendlichen*. Weinheim und München: Juventa.
- Weiterbildungsordnung für die Ärzte Bayerns (2004). Gefunden am 16. März 2012, unter http://www.blaek.de/weiterbildung/wbo_2004/download/WBO/B/KinderJugPsych.pdf
- Wendt, Rolf Rainer (2002). Praxisfelder Klinischer Sozialarbeit. In Margret Dörr (Hrsg.), *Klinische Sozialarbeit – eine notwendige Kontroverse* (S. 39 – 49). Baltmannsweiler: Schneider Hohengehren.
- Werner, Annegret (2007). Was brauchen Kinder, um sich altersgemäss entwickeln zu können? In Herbert Blüml; Hein Kindler; Susanne Lillig; Thomas Meysen & Annegret Werner (Hrsg.), *Handbuch Kindswohlfährdung nach § 1666 BGB und Allgemeiner Sozialdienst (ASD)*. München: Deutsches Jugendinstitut.
- World Health Organisation [WHO]. *Homepage der Weltgesundheitsorganisation der Vereinten Nationen*. Gefunden am 10. Mai 2012, unter <http://www.who.int/classifications/icd/en/>
- Wustmann, Corina (2004). *Resilienz. Widerstandsfähigkeit von Kindern in Tageseinrichtungen fördern*. Weinheim und Basel: Beltz.
- Zander, Margherita (Hrsg.).(2011). *Handbuch Resilienzförderung*. Wiesbaden: VS.
- Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit [ZKS] (2012). Grundlegendes zur Klinischen Sozialarbeit. Gefunden am 17. März 2012, unter <http://www.klinische-sozialarbeit.de>

Anhang



8 Anhang

ANHANG A: PSYCHISCHE GESUNDHEIT UND ZUGANG ZU PROFESSIONELLER HILFE.....	131
ANHANG B: KODIERUNG NACH ICD-10	137
ANHANG C: ÜBERBLICK ÜBER DIE KOMPONENTEN DER ICF	140
ANHANG D: ADRESSEN VON SELBSTHILFEORGANISATIONEN DER SCHWEIZ	141
ANHANG E: ELTERNARBEIT NACH KRANKHEITSBILD.....	143
ANHANG F: ARBEITSBLÄTTER ZU PIE	147
ANHANG G: GENOGRAMM-SYMBOLS.....	157
ANHANG H: FAST	158
ANHANG I: DIAGNOSTISCHE KOMPETENZANALYSE.....	159
ANHANG J: INDIKATIONSBERICHT	160
ANHANG K: SILHOUETTE	161

Anhang A:

Psychische Gesundheit und Zugang zu professioneller Hilfe: Wie denken Kinder, Jugendliche und ihre Eltern darüber?

Christoph Käppler, Pädagogische Hochschule Ludwigsburg und das AMHC-Team¹,

Zentrum für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universität Zürich

Wie steht es um die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen? Und bekommen diejenigen Kinder und Jugendlichen, die von psychischen Belastungen und Problemen betroffen sind, die nötige Unterstützung und gegebenenfalls professionelle Hilfe für eine gesunde Entwicklung? Solche Fragen werden angesichts einer aktuell zu beobachtenden Zunahme von psychischen Auffälligkeiten in allen Altersbereichen von Experten², Medienvertretern und politischen Verantwortungsträgern weltweit und auch bezogen auf die Schweiz vermehrt gestellt. Im Hinblick auf eine verbesserte Gestaltung und optimierte Nutzung des Gesundheitsversorgungssystems wurde bisher jedoch kaum die

(Kunden-)Perspektive von (betroffenen) Kindern, Jugendlichen und ihren Familien systematisch untersucht.

In der Schweiz wie auch in anderen industrialisierten Ländern leiden ca. 15–20% der Kinder und Jugendlichen unter psychischen Belastungen (Steinhausen & Winkler-Metzke, 2002). Obwohl bei mindestens einem Viertel der Betroffenen akuter Behandlungsbedarf besteht, erhalten nur wenige von ihnen eine fachgerechte Diagnostik und Therapie (Stephenson, 2000). Unbehandelte psychische Störungen im Kindes- und Jugendlichenalter führen indes nicht nur zu aktuellem Leiden, sondern haben zumeist auch Langzeitwirkungen, einerseits auf die persönliche sowie schulische und berufliche Entwicklung, andererseits stellen sie zugleich einen Risikofaktor für psychische Störungen im Erwachsenenalter dar. Da insgesamt eher eine Zunahme von psychischen Auffälligkeiten zu beobachten ist (z.B. Twenge, 2000), wird sowohl in den Medien als auch unter Experten und politischen Verantwortungsträgern eine Erweiterung beziehungsweise verbesserte Ausgestaltung des Versorgungssystems im Bereich seelischer Gesundheit gefordert und diskutiert (siehe WHO et al., 2005). Der Fokus der bisherigen Überlegungen zu diesem Thema liegt dabei allerdings zumeist auf der institutionellen Seite, wie z.B. der Analyse der Zugänglichkeit von Versorgungseinrichtungen (Erreichbarkeit; Entfernung und Öffnungszeiten) oder der Untersuchung von Zugangsbarrieren (z.B. die Übersetzung von Antragsformularen in mehrere Sprachen). Bisher kaum berücksichtigt wurde jedoch die Perspektive von aktuellen und potenziellen Klienten im Bereich psychischer Gesundheitsversorgung. Kinder, Jugendliche und Familien selbst zu befragen, was Sie über psychische Gesundheit und Krankheit denken und wissen, welche Behandlungsmöglichkeiten sie

¹ An diesem Forschungsprojekt «Access to Mental Health Care in Children (AMHC)», das vom Autor gemeinsam mit seinem allzu früh verstorbenen Kollegen und Freund Dr. med. MPH Beat Mohler gemeinsam entwickelt wurde, sind und waren folgende Mitarbeiter wesentlich beteiligt: Dr. Meichun Mohler- Kuo, Marta Gonçalves, Daria Gianella, Aristide Peng, Sabine Zehnder, Stefanie Höfler, Marcela Borges, Barbara Anastasi, Susanne Inglin, Daniela Nussbaumer, Grazia Spinedi, Lucia Pancaldi und Isabelle Decurtins.

² Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Text auf die jeweilige doppelte Nennung der männlichen und weiblichen Sprachformen verzichtet.

kennen und im Bedarfsfall nutzen (würden), das hat sich die Studie «Access to Mental Health Care in Children» (AMHC) zur Aufgabe gemacht.

Ziel der Studie

Es ist davon auszugehen, dass vom viel zitierten gesellschaftlichen Wandel und sich verändernden Familienbeziehungen auch die Entwicklungsprozesse von Kindern und Jugendlichen tangiert werden und insofern manchmal einer Begleitung von professioneller Seite bedürfen. Zugleich wandeln sich aber auch Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen, die sich wiederum auf die (Nicht-)Inanspruchnahme von Angeboten im Versorgungssystem auswirken (können). Die vorliegende Studie hat daher zum Ziel, solche Vorstellungen und Konzepte über psychische Gesundheit und Krankheit sowie Inanspruchnahmestrategien und -erfahrungen von Kindern, Jugendlichen und ihren Familien zu untersuchen. Es geht dabei um Fragen, wie psychisches Wohlbefinden von Unwohlsein und manifesten psychischen Störungen unterschieden werden kann (Gesundheits- und Krankheitskonzepte), ab wann ein solcher Zustand als behandlungsbedürftig angesehen wird (Behandlungsschwellen), welche Versorgungsangebote bekannt sind und im Bedarfsfall in Anspruch genommen werden (würden) oder aus bestimmten Gründen auch nicht (z.B. befürchtete Stigmatisierung). Die Studienresultate sollen aufzeigen, ob sich in diesen Bereichen zwischen verschiedenen Generationen (zwischen Kindern und ihren Eltern), bei verschiedenen Bevölkerungsgruppen (in unterschiedlichen Regionen der Schweiz und bei Migranten) sowie je nach Gesundheitsstaus (Allgemeinbevölkerung, Patienten- und Risikogruppen) spezifische Unterschiede zeigen, die für ein differentielles Profil in der (Neu-) Gestaltung des Versorgungssystems im Bereich psychischer Gesundheit von Kindern und Jugendlichen relevant sind.

Studiendesign

Die AMHC-Studie ist in drei Projektphasen unterteilt. In der ersten Projektphase wurden halbstrukturierte narrative Interviews mit Familien zu den genannten Themen Gesundheitskonzepte und Hilfesuchstrategien durchgeführt, über deren erste Ergebnisse in diesem Beitrag berichtet wird. In dieser ersten Phase wurden ergänzend auch Fokusgruppen mit Fachleuten (Allgemeinärzte, Pädiater, Lehrpersonen, Schulpsychologen) zu den Themen der Studie (Konzepte psychischer Gesundheit, Zugang zu Beratungs- und Behandlungsangeboten) organisiert. Auf der Grundlage der gewonnenen Erkenntnisse wurde dann in der zweiten Projektphase ein entsprechendes Fragebogeninstrument entwickelt, das derzeit in verschiedenen Untersuchungsgruppen und –regionen zum Einsatz kommt, um die bisherigen Befunde der Interviewstudie auf einer breiteren Bevölkerungsbasis absichern zu können. Die Ergebnisse aus diesen beiden empirischen Untersuchungsphasen können dann im Anschluss zur Entwicklung und Evaluation von Pilotprojekten genutzt werden (Phase 3), die Familien und ihren Kindern die Inanspruchnahme von Hilfsangeboten erleichtern sollen.

Untersuchungstichprobe und Datenerhebung

In der qualitativen Projektphase der AMHC-Studie wurden Familien mit Kindern im Alter von 10–16 Jahren untersucht. Die Interviews wurden bei drei Gruppen von Familien mit unterschiedlichen Vorbelastungen und -erfahrungen im Bereich psychischer Gesundheit/Krankheit durchgeführt: A) Familien mit einem Kind/Jugendlichen mit einer diagnostizierten psychischen Störung und entsprechender Behandlung (Klinische Patientengruppe mit unterschiedlichen Diagnosen), B) Familien mit einem Kind/Jugendlichen mit psychischer Belastung (noch) ohne Behandlung (Risikogruppen mit Substanzkonsum oder aggressiv-expansivem Verhalten) sowie C) Familien mit Kindern oder Jugendlichen ohne spezifische psychische Belastungen (Allgemeinbevölkerung). Die Untersuchung erstreckte sich dabei auf alle Schweizer Landesteile (Deutsche, Französische und Italienische Schweiz)³ sowie die nach den Landessprachen grösste und in allen Landesteilen vertretene Sprachgruppe in der Schweiz: portugiesischsprachige Migranten⁴. Zusätzlich bietet diese getroffene Wahl den Vorteil, dass sowohl Migrantenfamilien aus Portugal als auch Brasilien einbezogen werden konnten, die denselben Sprachhintergrund aufweisen, zugleich jedoch kulturelle Unterschiede repräsentieren (Südeuropa, Lateinamerika). Der Zugang zu den untersuchten Kindern und Jugendlichen erfolgte über öffentliche Einrichtungen, zumeist Schulen mit ihren Lehrpersonen sowie ergänzend über kirchliche Institutionen. Dabei wurde auf ein gewisses Spektrum verschiedener Stadtviertel und ländlicher Regionen geachtet. Teilnahmevoraussetzung war, dass jeweils Familienmitglieder aus mindestens zwei Generationen zur Mitwirkung am Interview bereit waren, um intergenerationelle Unterschiede und Übereinstimmungen (Transmissionen) von gesundheitsbezogenen Konzepten untersuchen zu können. In einigen Fällen konnte in dieser Hinsicht zusätzlich die Grosselterngeneration der Kinder und Jugendlichen einbezogen werden. Insgesamt wurden 193 Einzelinterviews in 62 Familien durchgeführt, was einer angestrebten durchschnittlichen Beteiligung von 3 Personen pro Familie entspricht. Die Interviews wurden in der Regel bei der Familie zu Hause durchgeführt.

Auswertungsprozess

Alle aufgezeichneten Gespräche wurden zunächst von einer nicht am Interview beteiligten Projektmitarbeiterin verschriftlicht, um sie einer detaillierten Analyse zugänglich machen zu können. Die weitere Auswertung wurde dann mittels der qualitativen Inhaltsanalyse und hierbei speziell mit der Technik der Zusammenfassung vorgenommen (Mayring, 2003). Es handelt sich dabei um ein Vorgehen, das ermöglicht, aus vorhandenen Texten inhaltliche Kategorien zu entwickeln, die das Ausgangsmaterial zusammenfassend wiedergeben. Zunächst erfolgte diese Art der Auswertung separat für jede Sprache und getrennt nach Generationen, um mögliche kulturelle oder generationsbedingte Unterschiede nicht von vornherein zu verwischen. Weiterhin wurden die Schritte in diesem komplexen Auswertungsprozess in regelmässigen Abständen mit Fachpersonen diskutiert. Erst danach wurden Vergleiche der verschiedensprachigen Kategoriensysteme

³ Als wichtige Kooperationspartner sind an der AMHC-Studie Prof. Dr. med. Pierre-André Michaud (Universität Lausanne) und Dr. med. Patrick Hämmerle (Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst des Kantons Fribourg) beteiligt.

⁴ Dies gilt gemäss den Angaben des Bundesamtes für Statistik (2000), wenn man berücksichtigt, dass die schwerpunktmässig in den Deutschschweizer Grossstädten am häufigsten anzutreffenden Migrantengruppen aus dem serbo-kroatischen sowie albanischen Raum keine einheitliche, sondern zusammengesetzte Sprachgruppen repräsentieren.

vorgenommen, wobei jeweils überprüft wurde, welche Inhalte durchgängig vorzufinden sind und wo möglicherweise vorhandene Unterschiede verschiedenartige Kategorisierungen erfordern. Zuletzt wurden die herausgearbeiteten Inhalte in ein gemeinsames und sprachneutrales Kategoriensystem in englischer Sprache integriert. Im Hinblick auf eine theoretische Verankerung des entstandenen Kategoriensystems konnte im Anschluss auf das sozioökologische Entwicklungsmodell von Bronfenbrenner (1981) Bezug genommen werden, nach dem sich die individuelle Entwicklung im Kontext verschiedener Bezugssysteme vollzieht. Die aus dem Interviewmaterial herausgearbeiteten Kategorien liessen sich diesem übergeordneten Modell entsprechend in die drei Ebenen Individuum, Mikro-/Mesoebene (Familie und Schule) und Makrosystemebene (gesellschaftlicher, kultureller Hintergrund) strukturieren.

Studienergebnisse

Die vorläufigen Resultate der noch im Durchführungs- und Auswertungsprozess befindlichen Studie beziehen sich auf konzeptuelle Unterschiede im Bereich psychischer Gesundheit und Krankheit sowie entsprechende Handlungsstrategien im Hinblick auf drei Vergleichsperspektiven: (A) Generationsunterschiede in der Sichtweise von Kindern/Jugendlichen und ihren Eltern; (B) Kulturelle Unterschiede in verschiedenen Regionen der Schweiz und im Vergleich zu Migranten, sowie (C) Unterschiede nach psychischem Gesundheitsstatus (Patienten-, Risiko- und unbelastete Vergleichsgruppe), von denen jeweils ein kurzer Eindruck anhand von Originalzitataten aus den Interviews (alle ins Deutsche übertragen) sowie einiger Ergebnisbeispiele aus der Inhaltsanalyse vermittelt werden soll. Auf die Einstiegsfrage des Interviews «Was verstehst Du unter psychischer/seelischer Gesundheit?» antwortet etwa ein 12-jähriges Mädchen: «Ja, dass es einem gut geht, dass man nicht irgendwie ausgestossen wird, dass man gute Freunde hat und mit den Eltern gut auskommt.» Hier wird also die Bedeutung von sozialen oder Beziehungsaspekten für psychisches Wohlbefinden betont, was einen typischerweise genannten Aspekt darstellt. Auf die weiter differenzierende Frage im Interview «Was verstehst Du unter psychischer/seelischer Krankheit?» antwortet eine 15-jährige Jugendliche: «*Wenn* das ein Wissenschaftler nicht weiss, ... und wenn dann so Wunderheilmittel kommen, dann ist das meistens eine psychische *Krankheit*.» Hier wird die – im Vergleich zu somatischen Erkrankungen – erschwerte Erkenn-, Erklär- und Behandelbarkeit angesprochen, die in manchen Interviews in Form einer regelrechten Hilflosigkeit gegenüber diesen Phänomenen zum Ausdruck kommt. Insgesamt tendieren die interviewten Eltern eher dazu, das Themenfeld psychische Gesundheit/Krankheit mit der Nennung des Namens einer spezifischen Erkrankung (Bsp.: «Depression») zu definieren, während sich Kinder und Jugendliche eher konkret beschreibend auf die Lokalisierung (Bsp.: «Etwas stimmt nicht im Kopf») oder das rationale Denkvermögen (Bsp.: «Fähig sein, logisch zu denken») beziehen. Die wichtigste Quelle für die Herkunft ihrer Gesundheitskonzepte (was sie darüber denken, wissen) sehen jüngere Kinder in den Eltern, während bei älteren Jugendlichen offensichtlich die Gleichaltrigen/Peers vermehrt diese Funktion übernehmen. Dies ist aus anderen Forschungskontexten in der Entwicklungspsychologie bekannt und kann somit als Hinweis auf die Gültigkeit der gewonnen Befunde gewertet werden. Vergleicht man die Konzepte von psychischer Gesundheit in kultureller Hinsicht, so zeigt sich, dass in Deutschschweizer, Tessiner und Brasilianischen Familien eher der Zusammenhang zu psychischen Zuständen aufgezeigt wird (Bsp.: «glücklich und zufrieden sein»), während in der Französischen Schweiz und bei Portugiesischen Migranten eher eine somatische Orientierung (z.B. im Sinne der oben genannten Lokalisierung und Fokussierung auf neurologische Hintergründe) vorzufinden ist. Ein weiterer Interviewteil bezog sich auf konkreten Handlungsstrategien, also auf die Frage danach, was

Personen tun (sollten), wenn sie sich krank fühlen (im Allgemeinen, nicht spezifisch psychisch). Hier nennen beide Generationen die Allgemein-/Haus- und Kinderärzte an erste Stelle und «Ausruhen/eine Pause machen» als zweite empfohlene Vorgehensweise. Dies belegt die besondere Bedeutung der primären Versorger im Gesundheitssystem (niedergelassene Haus- oder Familienärzte), auch wenn es um die gegebenenfalls angezeigte Vermittlung zu weiteren Abklärungen im Hinblick auf psychische Belastungen geht. Zudem werden anhand der zweitgenannten Antwort die in der Bevölkerung weit verbreiteten Stresskonzepte im Hinblick auf Krankheit(sentstehung) und Gesundheit(swiederherstellung) deutlich. Auf die spezifischere Frage: «Was denkst du/denken Sie, hilft bei psychischer Erkrankung?», zeigt sich ein Unterschied zwischen Kindern, Jugendlichen und Familien mit bereits vorhandenen eigenen Vorerfahrungen (klinische Patiententstichprobe) im Vergleich zur Risikogruppe (psychische Belastung, aber noch ohne eigene Behandlungserfahrungen): Bereits Betroffene bewerten die Kategorie «soziale Unterstützung/ Beziehungen» als am hilfreichsten, während die Risikogruppe am häufigsten «Medikamente/Psychopharmaka» als geeignete Massnahme ansieht.

Diskussion

Die ersten Ergebnisse der qualitativen Studie, die nun auf breiterer quantitativer Basis zu überprüfen sind, bevor sich weitreichendere Schlussfolgerungen ableiten lassen, zeigen konzeptuelle Ähnlichkeiten und Unterschiede im Bereich psychische Gesundheit auf drei Ebenen: Generationsunterschiede in der Sichtweise von Kindern/Jugendlichen und ihren Eltern; Kulturunterschiede innerhalb der Schweiz und im Vergleich zu Migranten sowie Unterschiede nach psychischem Gesundheitsstatus/eigenen Vorerfahrungen. Die Studie stellt somit bisher nicht vorhandene Informationen zu Konzepten psychischer Gesundheit und Krankheit, zu Kinder-/Jugendlichen- und Eltern-, sowie Haus-/Kinderarzt- und Lehrpersonbezogenen Schwellen hinsichtlich Behandlungsbedarf und -spezifität (somatische Behandlung, allg. Beratung oder kinder- und jugendpsychiatrisch/psychotherapeutische Fachbehandlung) sowie zu den erlebten und erwünschten Zugangswegen im Versorgungssystem zur Verfügung. Daraus werden sich – auf der Basis eines solchen Partizipationsprozesses – konkrete und für die praktische Umsetzung nutzbare Erkenntnisse für die Sicherstellung einer adäquaten Versorgung im Bereich psychischer Gesundheit von Kindern und Jugendlichen ableiten lassen.

Schlussfolgerungen für die Praxis

Bereits jetzt wird deutlich, dass eine verstärkte Orientierung an den je eigenen Konzepten von unterschiedlichen Alters- und Personengruppen in den verschiedenen Regionen der Schweiz erforderlich erscheint. Denn nur wenn auf das jeweilige Gegenüber angemessen eingegangen, an seine vorbestehenden Konzepte angeknüpft wird, werden angebotene Präventions- und Interventionsmassnahmen besser wahrgenommen und wirksam werden können. Um die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen erhalten und bei Bedarf verbessern zu können, scheint darüber hinaus auch eine verstärkte triadische Kooperation zwischen dem Familiensystem (Kind/Eltern), dem öffentlichen Bildungs- und Erziehungssystem (Lehrperson/Spezialisten wie Schulpsychologen und der Bereich der Jugendämter) sowie dem Gesundheitssystem (Allgemein-/Kinderarzt und Spezialisten wie Psychiater und Psychotherapeuten) notwendig zu sein. Erste Ergebnisse der AMHC-Studie – auch aus den Fokusgruppen – zeigen, dass die Entwicklung von spezifischen Pilotprojekten für Kinder/Jugendliche und ihre Eltern, für «key persons» (u.a. Lehrpersonen, Allgemein-, Kinderärzte) und spezifisch für Migrantenfamilien für den Aufbau und Ausbau

solcher förderlicher Kooperations- und Partizipationsprozesse als ein vordringliches Anliegen erscheint.

Literatur

Bronfenbrenner, U. (1981): Die Ökologie der menschlichen Entwicklung. Natürliche und geplante Experimente. Stuttgart: Klett.

Mayring, P. (2003). Qualitative Inhaltsanalyse – Grundlagen und Techniken (8. Aufl.). Weinheim: Beltz.

Steinhausen, H.-C. & Winkler-Metzke, C. (2002). Seelische Gesundheit und psychische Probleme im Jugendalter:

Verbreitung und Bedingungsfaktoren. In: Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich (Hrsg.), Die Gesundheit Jugendlicher im Kanton Zürich (51-60). Serie Gesundheit, Gesundheitsförderung und Gesundheitswesen im Kanton Zürich, im Auftrag der Gesundheitsdirektion Zürich.

Stephenson, J. (2000). Children with mental problems not getting the care they need. *Journal of the American Medical Association*, 284 (16), 2043-2044.

Twenge, J. M. (2000). The age of anxiety? The birth cohort change in anxiety and neuroticism, 1952-1993. *Journal of Personality and Social Psychology*. Vol 79(6), 1007-1021.

WHO, EU & Council of Europe (2005). *Mental Health Declaration for Europe and Mental Health Action Plan for Europe*. <http://www.euro.who.int/mentalhealth2005>

Käppler, Christoph (2006). Psychische Gesundheit und Zugang zu professioneller Hilfe: Wie denken Kinder, Jugendliche und ihre Eltern darüber? In Schweizerischer Nationalfonds zur Förderung der wissenschaftlichen Forschung (Hrsg.) *Antisoziales Verhalten bei Kindern, psychosoziale Risiken von Jugendlichen: Was bringt Prävention und Beratung?* (S. 18-21). Bern: Schweizerischer Nationalfonds.

Anhang B:
Kodierung nach ICD-10

Kodierung nach ICD-10	Bezeichnung
F1	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen In diesem Abschnitt ist ein breites Spektrum von Störungen durch unterschiedliche psychotrope Substanzen zusammengefasst. Es wird unterschieden zwischen akuter Intoxikation, schädlichem Gebrauch, Abhängigkeitssyndrom, Entzugssyndrom und dann jeweils nach den Substanzen.
F 32	Depressive Episoden Der ICD-10 differenziert zwischen leichten (F32.0), mittelgradigen (F32.1) oder schweren (F32.2 und F33.3) depressiven Episoden. Dabei leidet die betreffende Person gewöhnlich unter gedrückter Stimmung, Interessenverlust, Freudlosigkeit und einer Verminderung des Antriebs. Die Verminderung der Energie führt zu erhöhter Übermüdbarkeit und Aktivitätseinschränkung. Andere häufige Symptome sind: Vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen, Schuldgefühle und Gefühle von Wertlosigkeit, negative und pessimistische Zukunftsperspektiven, Selbstverletzung und Suizidhandlungen, Schlafstörungen oder vermindert Appetit. Dabei ändert sich die gedrückte Stimmung von Tag zu Tag wenig, kann aber charakteristische Tagesschwankungen aufzeigen.
F42	Zwangsstörungen Wesentliches Kennzeichen dieser Störung sind wiederkehrende Zwangsgedanken und Zwangshandlungen. Diese Gedanken sind Ideen, Vorstellung oder Impulse, die den Patienten immer wieder stereotyp beschäftigen. Zwangshandlungen oder Rituale sind ständige wiederholte Stereotypen [sig!]. Sie werden weder als angenehm empfunden, noch dienen sie dazu, nützliche Aufgaben zu erfüllen. Die Patienten erleben sie oft als Vorbeugung gegen ein objektiv unwahrscheinliches Ereignis, das ihnen Schaden bringt oder bei denen sie selbst Unheil anrichten können.
F43	Reaktionen auf schwere Belastungen oder Anpassungsstörungen Diese unterscheiden sich von den übrigen Störungen nicht nur aufgrund der Symptomatologie und des Verlauf, sondern auch durch ein oder zwei ursächliche Faktoren: Ein aussergewöhnliche belastendes Lebensereignis, das eine akute Belastungsreaktion hervorruft oder eine besondere Veränderung im Leben, die zu einer anhaltenden unangenehmen Situation geführt hat und schliesslich eine Anpassungsstörung hervorruft. Die Störungen entstehen immer als direkte Folge der akuten schweren Belastung oder eines kontinuierlichen Traumas. Das belastende Ereignis oder andauernde unangenehme Situation sind der primäre und ausschlaggebende Kausalfaktor. Die Störung wäre ohne seine Einwirkung nicht entstanden. Es wird unterschieden zwischen F43.0 akute Belastungsreaktion, F43.1 posttraumatische Belastungsstörung und F43.2. Anpassungsstörung
F50	Essstörungen
F8	Entwicklungsstörungen Die unter F80 bis 89 aufgeführten Entwicklungsstörungen haben im Allgemeinen folgende Merkmale: <ol style="list-style-type: none"> 1. Ein Beginn, der ausnahmslos im Kleinkindalter oder in der Kindheit liegt., 2. Eine Beeinträchtigung oder eine Verzögerung in der Entwicklung von Funktionen, die eng mit der biologischen Reifung des Zentralnervensystems verknüpft sind,

	<p>3. Einen stetigen Verlauf, der nicht die für viele psychischen Störungen typischen charakteristischen Dimensionen und Rezidive zeigen. In den meisten Fällen, sind die Sprache, visuell räumliche Fertigkeiten und die Bewegungskoordination betroffen.</p>
F80	<p>Umschriebene Entwicklungsstörungen der schulischen Fertigkeiten Es handelt sich um Störungen bei denen der normale Erwerb von Fertigkeiten von frühen Entwicklungsstadien an beeinträchtigt ist. Sie sind nicht direkt die Folge anderer Fertigkeiten (wie Intelligenzminderung, grobe neurologische Defizite...) aber sie können zusammen mit diesen auftreten. Es werden unterschieden: F81.0 Lese- und Rechtschreibstörungen, F81.1 isolierte Rechtschreibstörung, F81.3. kombinierte Störungen schulischer Fertigkeiten.</p>
F84	<p>Tiefgreifende Entwicklungsstörung Unter dieser Kategorien sind vor allem die autistischen Entwicklungsstörungen zusammengefasst (F84.0 frühkindlicher Autismus, F84.1 Atypischer Autismus, F84.2. Tourettsyndrom). Bei frühkindlichem Autismus handelt es sich um eine tiefgreifende Entwicklungsstörung, die sich vor dem vollendeten dritten Lebensjahr manifestiert und über die gesamte Lebenszeit andauert. Das sogenannte Asperger-Syndrom und der atypische Autismus umfassen Teilaspekte des frühkindlichen Autismus.</p>
F90	<p>Hyperkinetische Störungen Diese Gruppe von Störungen ist charakterisiert durch: einen frühen Beginn, die Kombination von hyperaktivem, wenig moduliertem Verhalten mit deutlicher Unaufmerksamkeit und Mangel an Ausdauer bei Aufgabenstellungen; situationsunabhängige und zeitstabile Verhaltenscharakteristika. Sie treten immer früh in der Entwicklung auf und die Hauptmerkmale sind ein Mangel an Ausdauer bei Beschäftigungen, die einen kognitiven Einsatz verlangen und eine Tendenz, von einer Tätigkeit zur anderen zu wechseln, ohne etwas zu Ende zu bringen. Hinzu kommt eine desorganisierte, mangelhaft regulierte und überschüssige Aktivität.</p>
F91	<p>Störungen des Sozialverhaltens Die Störungen des Sozialverhaltens sind durch ein sich wiederholendes und andauerndes Muster dissozial, aggressiven und aufsässigen Verhaltens charakterisiert. In seinen extremsten Auswirkungen beinhaltet dieses Verhalten grösste Verletzungen altersentsprechender sozialer Erwartungen. Sie sollen schwerwiegender sein als gewöhnlicher kindischer Unfug oder jugendliche Aufmüpfigkeit. Einzelne dissoziale oder kriminelle Handlungen sind alleine kein Grund für die Diagnose, für die ein andauerndes Verhaltensmuster gefordert ist (Dauer über sechs Monate)</p>
F92	<p>Kombinierte Störungen des Sozialverhaltens und der Emotionen Die Gruppe von Störungen ist durch die Kombination von andauerndem, aggressivem, dissozialem oder aufsässigem Verhalten mit offensichtlichen oder deutlichen Symptomen von Depressionen, Angst oder sonstigen emotionalen Störungen charakterisiert.</p>
F93	<p>Emotionale Störung des Kindesalter Im ICD-10 wird zwischen neurotischen Störungen / Angststörungen im Erwachsenenalter und den emotionalen Störungen des Kindesalters unterschieden – ob und wie trennscharf diese Unterscheidung ist, ist strittig (vgl. Dilling et. Al 1993, S. 305), Deutsch Gesellschaft für Kinder und Jugendpsychiatrie 2003, S. 283)</p>
F94	<p>Störungen sozialer Funktionen mit Beginn Kindheit und Jugend Hier handelt es sich um eine heterogene Gruppe von Störungen mit Auffälligkeiten in den sozialen Funktionen (...). Anders als die tiefgreifenden Entwicklungsstörungen sind sie nicht primär durch eine offensichtliche konstitutionelle soziale Beeinträchtigung oder ein Defizit in allen Bereichen sozialer</p>

	Funktionen charakterisiert.
F95	<p>Ticstörungen</p> <p>Hierbei handelt es sich um Syndrome, bei denen das vorwiegende Syndrom ein Tic ist. Ein Tic ist eine unwillkürliche, rasch wiederholte, nicht rhythmische motorische Bewegung oder eine Lautproduktion, die plötzlich einsetzt und keinem offensichtlichen Zweck dient. Es fehlen Hinweise auf zu Grund liegende neurologische Störungen. Tics treten oft als isoliertes Phänomen auf, sind jedoch nicht selten von verschiedensten emotionalen Störungen begleitet, insbesondere von Zwangsphänomenen.</p>
F98	<p>Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend</p> <p>Die Kategorie fasst eine heterogene Gruppe von Störungen zusammen, denen lediglich das Merkmal Beginn in der Kindheit gemeinsam ist, die sich jedoch anderweitig in vieler Hinsicht unterscheiden. Einige der Störungen repräsentieren gut definierte Symptome, andere sind aber nicht mehr als Symptomkomplexe.</p>

ICD (2001). *International Statistical Classification of Functioning, Disability and Health*. Gefunden am 4. Jul. 2012, unter <http://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/icd-10-who/version2011/>

Anhang C:

Überblick über die Komponenten der ICF

Im Zusammenhang mit Gesundheit gelten folgende Definitionen:

- **Körperfunktionen** sind die physiologischen Funktionen von Körpersystemen (einschließlich psychologische Funktionen).
- **Körperstrukturen** sind anatomische Teile des Körpers, wie Organe, Gliedmaßen und ihre Bestandteile.
- **Schädigungen sind Beeinträchtigungen** einer Körperfunktion oder -struktur, wie z.B. eine wesentliche Abweichung oder ein Verlust.
- Eine **Aktivität** bezeichnet die Durchführung einer Aufgabe oder Handlung (Aktion) durch einen Menschen.
- **Partizipation** (Teilhabe) ist das Einbezogensein in eine Lebenssituation.
- **Beeinträchtigungen der Aktivität** sind Schwierigkeiten, die ein Mensch bei der Durchführung einer Aktivität haben kann.
- **Beeinträchtigungen der Partizipation (Teilhabe)** sind Probleme, die ein Mensch beim Einbezogensein in eine Lebenssituation erlebt.
- **Umweltfaktoren** bilden die materielle, soziale und einstellungsbezogene Umwelt ab, in der Menschen leben und ihr Dasein entfalten.

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information [DIMDI]. (2005). *ICF. Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit*.
Genf: World Health Organization.

Anhang D:

Adressen von Selbsthilfeorganisationen der Schweiz

BERN

Selbsthilfezentren BE, Geschäftsstelle
Corinne Affolter & Sylvia Hämmann
Bollwerk 41, 3011 Bern
Tel. 031 311 43 87
admin@selbsthilfe-kanton-bern.ch
www.selbsthilfe-kanton-bern.ch

Selbsthilfezentrum Berner-Mittelland
Klaus Vogelsänger & Heidi Brechbühler
Bollwerk 41, 3011 Bern
Tel. 031 311 43 86
Fax 031 311 43 85
bern@selbsthilfe-kanton-bern.ch

Biel Seeland - Berner Jura
Ester Maaouia
Bahnhofstrasse 30, 2502 Biel
Tel. 032 323 05 55
Fax 032 322 39 14
biel@selbsthilfe-kanton-bern.ch

Selbsthilfezentrum Emmental-Oberaargau
Brigitte Gidl & Susanne Gerber Kammermann
Lyssachstrasse 91, 3400 Burgdorf
Tel. 034 422 67 05
Fax 034 422 67 06
burgdorf@selbsthilfe-kanton-bern.ch

Selbsthilfezentrum Berner Oberland
Heidi Kaderli-Schläppi &
Adrienne Scheurer-Villet
Marktgasse 17, 3600 Thun
Tel. 033 221 75 76
Fax 033 221 75 74
thun@selbsthilfe-kanton-bern.ch

AARGAU

SelbsthilfeZentrum Aargau
Linda Häfeli
Rain 6
5000 Aarau
Tel. 056 203 00 20
info@selbsthilfezentrum-aargau.ch
http://www.selbsthilfezentrum-aargau.ch

BASEL

Zentrum Selbsthilfe
Kristin Metzner
Feldbergstrasse 55
4057 Basel
Tel. 061 689 90 90
Fax 061 689 90 99
mail@zentrumselbsthilfe.ch
www.zentrumselbsthilfe.ch

GRAUBÜNDEN

Team Selbsthilfe Graubünden
Ursina Kipfmüller
Goldgasse 4
7000 Chur
Tel. 081 353 65 15
kontakt@teamselbsthilfe.ch
www.teamselbsthilfe.ch

LUZERN - Ob- und Nidwalden

VereinSelbsthilfeförderung
Thomas Burri & Isabel Iten
Winkelriedstrasse 56
6003 Luzern
Tel. 041 210 34 44
Fax 041 210 34 46
mail@info-shg-luzern.ch
http://www.info-shg-luzern.ch

NEUCHÂTEL / NEUENBURG

Info-Entraide Neuchâtel / Neuenburg
Jacqueline Lavoyer-Bünzli
Hôtel des Associations
Rue Louis Favre 1
2000 Neuchâtel
Tel. 032 724 06 41
entraide-autogeree-ne@net2000.ch

ST.GALLEN – APPENZELL

Kontaktstelle für Selbsthilfegruppen
Sylvia Huber
Lämmli brunnenstrasse 55
9000 St.Gallen
Tel. 071 222 22 63
Fax 071 222 63 27
selbsthilfe@fzsg.ch
www.selbsthilfe-gruppen.ch

SOLOTHURN

Kontaktstelle für Selbsthilfegruppen
Barbara Wyss & Karin Roth- Güntensperger
Tannwaldstrasse 62
Postfach
4601 Olten
Tel. 062 296 93 91
Fax 062 296 61 16
info@selbsthilfe-so.ch
<http://www.selbsthilfe-so.ch>

SCHWYZ

Kontaktstelle Selbsthilfe
c/o Sozialpsychiatrischer Dienst
Brigitte Kienast
Mittlere Bahnhofstrasse 1
8853 Lachen
Tel. 055 451 27 17
Fax 055 451 27 19
selbsthilfe@spd.ch
<http://www.spd.ch>

THURGAU

Selbsthilfe Thurgau
Judith Meier
Freiestrasse 4
Postfach
8570 Weinfelden
Tel. 071 620 10 00
info@selbsthilfe-tg.ch
<http://www.selbsthilfe-tg.ch>

TICINO

Conferenza del volontariato sociale
Marilu Zanella
Via alla Campagna 9
6900 Lugano
Tel. 091 970 20 11
Fax 091 970 20 12
info@volontariato-sociale.ch
<http://www.volontariato-sociale.ch>

Gefunden am 19. Juli 2012, unter
www.selbsthilfes Schweiz.ch

VAUD

Bénévolat-Vaud
Centre de compétences pour la vie associative
Joëlle Toplitsch
Av. Ruchonnet 1
1003 Lausanne
Tel. 021 646 21 96
Fax 021 646 18 97
info@association-avec.ch
<http://www.association-avec.ch>

WINTERTHUR

SelbsthilfeZentrum
Claudine Frey & Helena Isella-Abt
Region Winterthur
Holderplatz 4
8400 Winterthur
Tel. 052 213 80 60
Fax 052 213 80 61
info@selbsthilfe-winterthur.ch
<http://www.selbsthilfe-winterthur.ch>

ZÜRICH

selbsthilfecenter.ch
Das Selbsthilfezentrum der Stiftung
Pro Offene Türen Schweiz
Daniela Stefàno
Jupiterstrasse 42
8032 Zürich
Tel. 043 288 88 88
info@selbsthilfecenter.ch
<http://www.selbsthilfecenter.ch>

ZÜRCHER OBERLAND

Selbsthilfezentrum Zürcher Oberland
Antonis Purnelis & Tanja Diethelm
Im Werk 1
8610 Uster
Tel. 044 941 71 00
Fax 044 941 71 40
info@selbsthilfezentrum-zo.ch
<http://www.selbsthilfezentrum-zo.ch>

ZUG

eff-zett das fachzentrum
Romy Lalli & Annaliese Gilser
Tirolerweg 8
6300 Zug
Tel. 041 725 26 15
Fax 041 725 26 01
selbsthilfe@eff-zett.ch

Anhang E:

Elternarbeit nach Krankheitsbild

Krankheitsbild	Elternarbeit
<i>Schizophrenie</i>	<ul style="list-style-type: none"> -Vorurteile, Unsicherheit, Ängste abbauen -Schulung und Unterstützung -Oft ist ein Grad an Erschöpfung erreicht, der es zunächst schwierig macht, konstruktiv zusammenzuarbeiten -> zunächst für Entlastung und Unterstützung sorgen. -Einsicht in die Notwendigkeit einer medikamentösen Behandlung fördern -Wahrscheinlichkeit hoch, dass noch andere Familienmitglieder von der Krankheit betroffen sind -> in der Familienarbeit beachten -Falls Eltern selber betroffen sind -> Therapiemotivation herstellen -Schuld ist ein häufiges Thema -> ansprechen, aufarbeiten (Triage für psychotherapeutische Aufarbeitung) -Alle Massnahmen sind günstig für die Prognose, die folgenden Zielen dienen: -Verbesserung des Familienklimas, Umgang mit Konflikten -Verbesserung der Paarbeziehung der Eltern -Informationen über und Hilfen für den Umgang mit der psychotischen Störung -Stressreduktion und Umgang mit Stress -Entwicklung von Problemlösetechniken zur eigenständigen Lösung aktueller Familienprobleme Verbesserung der Lebensqualität aller Familienmitglieder
<i>Depression</i>	<ul style="list-style-type: none"> -ausführliche Psychoedukation der Eltern -Eltern darüber aufklären, dass Kinder wirklich Schwierigkeiten haben und sich nicht einfach „etwas mehr Mühe geben müssen“ -Darüber aufklären, dass übermässige Schonung die Depression nur verstärkt -Über die Notwendigkeit einer festen Tagesstruktur aufklären -Darüber aufklären, dass die Genetik einen grossen Anteil an der Entstehung von Depressionen hat und Depressionen auch trotz eines harmonischen Familienlebens und guter Erziehung auftreten können. -Schwierigkeiten im familiären Rahmen, die als mitverursachend oder verstärkend anzusehen sind, sollten angesprochen werden -Die Wahrscheinlichkeit, dass zumindest ein Elternteil auch depressiv ist, ist hoch. Dann muss über die Möglichkeiten und Grenzen dieses Elternteils informiert werden -Eltern anleiten, sich nicht selbst zu verausgaben, Hilfestellung von aussen anzunehmen und sich eigene Rückzugsmöglichkeiten und Kraftquellen zu erschliessen
<i>Angststörungen</i>	<ul style="list-style-type: none"> -Eltern von traumatisierten Kindern sind oft hilflos ->Eltern unterstützen und stabilisieren, dass sie ihrem Kind eine Stütze sein können -über traumarelevante Themen informieren -Gesamtfamiliensystem auf Ressourcen prüfen und diese aktivieren -Eltern dabei unterstützen eine Balance zwischen schützen und unterstützen und loslassen und Eigenständigkeit des Kindes fördern zu finden -Helfen das soziale Netz zu stärken und auf Hilfe von Verwandten, Freunden und Bekannten zurückzugreifen.

	<p>-> anders sieht es aus, wenn die Eltern oder ein Elternteil für die Traumatisierung verantwortlich ist!</p>
<i>Essstörungen</i>	<ul style="list-style-type: none"> -Eigene Haltungen überdenken zu Schönheit, Gewicht, Geniessenkönnen, Perfektionismus, Umgang mit Gefühlen, usw. -Psychoedukation für Eltern ist wichtig -Klar machen, dass Veränderungen Zeit brauchen und dies kein Versagen bedeutet -Interdisziplinär arbeiten; Erkunden und verändern von familiären Strukturen so weit notwendig ist das Ziel -Eltern sollten auch auf mögliche Rückfälle der Krankheit vorbereitet werden. Eltern sollten sich und ihr Kind nicht unter Druck setzen -Eltern sollten gut auf ihre eigenen Bedürfnisse achten. Dadurch, dass sie sich Schwächen eingestehen und sich Hilfe suchen, sind sie ihrem Kind ein gutes Vorbild -Angemessene Empathiefähigkeit der Eltern fördern -Eltern dabei unterstützen Balance zwischen Nähe und Abgrenzung finden -Schuldgefühle sollten thematisiert werden -Es braucht grundlegende Veränderungen. Die Essstörung ist nur ein Symptom -Reflexion der Rollen und Beziehungen in der Familie ist wichtig -> Rollenverteilung muss klar und altersangemessen sein geprägt von Respekt, Liebe, Nähe und Distanz, Offenheit und Ehrlichkeit -Die Eltern müssen dem Kind Orientierung bieten, sie müssen ihre Autorität angemessen wahrnehmen, die Familie führen und für ihre Kinder Entscheidungen treffen. Sie sollten nicht stur an rigiden Regeln festhalten, sondern flexibel auf Grundlage eines Wertesystems auf die jeweiligen Bedürfnisse eingehen -Hilfreich sind Massnahmen, die zur Verbesserung der familiären Konfliktfähigkeit dienen -Auch Massnahmen, die den Eltern helfen mit krankheitsspezifischen Massnahmen umzugehen. Wichtig ist hier die Informationsvermittlung und das Üben von solchen Situationen mit Hilfe von Rollenspielen
<i>ADHS</i>	<ul style="list-style-type: none"> -Oft steht hinter dieser Krankheit schon eine lange Leidensgeschichte. Die Eltern von betroffenen Kindern haben oft das Gefühl nicht genug zu tun und wenn dann das Falsche. Sie sind oft mit Vorwürfen konfrontiert -Die Eltern sind oft sehr belastet, da auch das ganze Umfeld darunter leidet (Haushalt, Geschwister, usw.) -Zuerst muss man für die Entlastung der Eltern sorgen -Umgang mit Schuld- und Versagensgefühlen muss thematisiert werden -Psychoedukation der Eltern ist wichtig -Wichtig ist die Beratung betreffend Veränderungen in der Beziehungsgestaltung mit dem Kind. Es geht darum die Beziehung wieder zu normalisieren und die erzieherischen Massnahmen wieder besser greifen können -Das Kind braucht in der Familie ganz ähnliche Rahmenbedingungen wie in der Therapie -Eltern müssen sich Gedanken machen zur inneren Haltung, Struktur, Konsequenz, Lob und Kritik. Sie müssen ADHS als Problem anerkennen, welches sie zusammen mit ihrem Kind bewältigen wollen, brauchen eine positive Grundhaltung gegenüber ihrem Kind sowie eine liebevolle Beziehung, die auch in Belastungssituationen noch spürbar ist, positive Zuwendung, Lob und Belohnung für angemessenes Verhalten, klare, verständliche Regeln und Grenzsetzungen, die konsequent eingefordert werden, angemessene Konsequenzen für Fehlverhalten, stabiler Tagesablauf und Alltagsrituale,

	<p>Zuwendung und Zeit für ihr Kind, Strategien und Fähigkeiten zur Bewältigung von Krisen</p> <ul style="list-style-type: none"> -Von Eltern kann nicht erwartet werden, dass sie diese Veränderungen aus eigener Kraft bewältigen. Sie brauchen Anleitung oder teilweise ein regelrechtes Training. -Kooperationsbereitschaft ist notwendig, wie auch Zeit, Energie, Veränderungsbereitschaft . -Auch Geschwister sollten miteinbezogen werden, da sie meist wissen, wie sie das betroffene Geschwister auf die „Palme“ bringen können. Die meisten Geschwister sind bereit, ihr Geschwister zu unterstützen. Ansonsten ist es notwendig die Geschwister im Umgang zu disziplinieren, damit das betroffene Kind wieder eine Chance im Familiensystem erhält -Eltern von ADHS betroffenen Kindern sind oft selbst von dieser Störung betroffen oder haben ähnliche Probleme wie den Lebenskontext oder weitere psychische Störungen. Sie können ihrem Kind so keine Unterstützung bieten. Dies gilt es aufzugreifen und zu bearbeiten
<i>Störungen des Sozialverhaltens</i>	<ul style="list-style-type: none"> -Viele Eltern betroffener Kinder haben meist andere Werte als professionelle Helfer, stecken selbst in schwierigen Lebenslagen, handeln häufig selbst dissozial und haben oft genug schlechte Erfahrungen mit professionellen Helfern gemacht. Viele sind entsprechend misstrauisch, haben Angst für das Fehlverhalten des Kindes beschuldigt zu werden, fürchten Kontaktverbot zu erhalten oder dass das eigene Fehlverhalten aufgedeckt wird. Sie sind deshalb meist wenig kooperativ und verschlossen -Die Eltern sollten in ihrer Rolle, in ihrer Lebenswelt und aktuellen Situation gewürdigt werden und ihre Bewältigungsstrategien sollten wertgeschätzt werden. Zuerst muss man das Vertrauen der Eltern gewinnen. -Es gilt mit allen Mitteln zu vermeiden, dass die Eltern mit den professionellen Helfern im stationären Bereich darum buhlen, wer die bessere Bezugsperson für das Kind ist. -Die Eltern sollten dabei unterstützt werden eigene Lösungen für ihre Probleme zu finden. -In der Psychoedukation geht es darum, die elternbedingten Risikofaktoren und Veränderungsmöglichkeiten ohne Schuldzuweisungen zu vermitteln. Dafür braucht es eine wertschätzende Grundhaltung gegenüber den Eltern. Es ist wichtig sich darauf zu konzentrieren, was die Eltern als wichtigste Bezugspersonen dazu beitragen können ihr Kind zu unterstützen. Wenn man die Mitarbeit der Eltern erreichen will, kommt man nicht umhin eine Einsicht in eine Veränderungsnotwendigkeit aufzubauen -Ein wichtiger Faktor , der beachtet werden muss, ist die Beziehung der Eltern miteinander -Ein weiterer wichtiger Faktor ist die Vermittlung von elterlichen Erziehungsqualitäten, die einem liebevollen autoritativen Erziehungsstil entsprechen sollen. Es ist wichtig, die Eltern anzuleiten ihre Rolle als Autoritätsperson einzunehmen, sie bei der Wahrnehmung und Deutung des nonverbalen Kommunikationsverhaltens ihrer Kinder zu unterstützen, in der Erziehung konsistent und konsequent statt hart oder beliebig zu sein sowie zwischen Verhalten und Person des Kindes zu unterscheiden. Die Kinder sollen in die Verantwortung genommen werden und ihnen soll ein Lernen durch Erfahrung ermöglicht werden. -Das Ziel ist die Erweiterung der elterlichen Fähigkeiten mit auftauchenden Problemen gut umzugehen und sich bei Krisen rechtzeitig Hilfe zu holen.

<i>Suizidalität</i>	<p>-Streit mit den Eltern gehört zu den häufigsten Auslösern für Suizid(versuche). Deshalb kommt den Eltern bei der Bewältigung von Suizidalität ihrer Kinder eine besondere Rolle zu. Die Eltern sollten es schaffen, ihrem Kind zu zeigen, dass es von ihnen geliebt, gesehen, wertgeschätzt und so angenommen wird, wie es ist.</p> <p>-Suizidalität ist als Ausdruck innerer Not zu verstehen, das Kind braucht besondere Unterstützung, eine vorwurfsvolle oder strafende Haltung würde das Problem verstärken, alles, was zur Verbesserung der Beziehungen in der Familie beiträgt, ist hilfreich. Veränderungsmöglichkeiten sollten geprüft werden. Schuldgefühle und Abwehrmechanismen sind normal, können aber bearbeitet werden. Chronische Schwierigkeiten im Familiensystem wirken sich negativ auf die Suizidalität aus.</p> <p>-Wenn Eltern selbst unter psychischen Problemen leiden, sollten sie Hilfe annehmen</p> <p>-Die Eltern sollten über die Hintergründe von Suizidalität, Warnzeichen und Umgangsweisen informiert werden und im Umgang mit ihren Kindern begleitet werden</p> <p>-Oft fällt es den Eltern schwer über die Suizidalität ihres Kindes zu sprechen. Eine Sprache für ein bislang unaussprechliches Problem zu finden, ist oft ein erster Schritt</p>
<i>Selbstverletzungen</i>	<p>-Psychoedukation der Eltern ist hilfreich.</p> <p>-Wichtig ist auch, die Eltern auf den voraussichtlich langen Hilfeprozess vorzubereiten, damit sie ihr Kind nicht unter Druck setzen.</p> <p>-Allfällige Schuldgefühle der Eltern müssen angesprochen werden</p> <p>-Die Eltern müssen im Umgang mit ihrem Kind „geschult“ werden.</p>

Baierl, M. (2008). *Herausforderung Alltag Praxishandbuch für die pädagogische Arbeit mit psychisch gestörten Jugendlichen*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG.

Anhang F:

Arbeitsblätter zu PIE

Faktor I:

1. – 4. Probleme in Rollen

Name KlientIn	
Gesprächsdatum	
SozialarbeiterIn	

1. FAMILIENROLLEN	Code	Typus	Intensität	Dauer	Coping	erforderliche Intervention
Vater/Mutter	11					
PartnerIn	12					
Kind	13					
Bruder/Schwester	14					
anderes Familienmitglied	15					
wichtigeR AndereR	16					

2. ANDERE INTERPERSONALE ROLLEN	Code	Typus	Intensität	Dauer	Coping	erforderliche Intervention
LiebhaberIn	21					
FreundIn	22					
NachbarIn	23					
Mitglied	24					
andere: ...	25					

3. ARBEITSROLLEN	Code	Typus	Intensität	Dauer	Coping	erforderliche Intervention
Arbeit – bezahlt	31					
Hausarbeit	32					
FreiwilligeR	33					
StudentIn	34					
andere: ...	35					

4. ROLLEN IN SPEZIFISCHEN LEBENSITUATIONEN	Code	Typus	Intensität	Dauer	Coping	erforderliche Intervention
KonsumentIn	41					
PatientIn/KlientIn stationär	42					
PatientIn/KlientIn ambulant	43					
Bedingt Entlassener / auf Bewährung Verurteilter	44					
GefangeneR	45					
ImmigrantIn (legal)	46					
ImmigrantIn (undokum.)	57					
ImmigrantIn – Flüchtling	58					
andere: ...	59					

KEINE PROBLEME IN ROLLEN	0000	
--------------------------	------	--

TYPEN VON SOZIALEN INTERAKTIONSPROBLEMEN

10 Macht
20 Ambivalenz
30 Verantwortung
40 Abhängigkeit

INTENSITÄTS INDEX

1 kein Problem
2 gering
3 mäßig
4 hoch

DAUER INDEX

1 > 5 Jahre
2 ein bis 5 Jahre
3 sechs Mo bis ein Jahr
4 ein bis sechs Monate
5 zwei Wo bis ein Monat

COPING INDEX

1 hervorragend
2 überdurchschnittlich
3 adäquat

Faktor II:
Probleme in der Umwelt

5. Probleme beim ökonomischen und Grundversorgungssystem

Name KlientIn	
Gesprächsdatum	
SozialarbeiterIn	

ERNÄHRUNG	Code	Intensität	Dauer	erforderliche Intervention
Fehlen regelmäßiger Essensversorgung	5101			
Inadäquate Essensversorgung	5102			
Dokumentierte Fehlernährung	5103			
andere: ...	5104			

UNTERKUNFT	Code	Intensität	Dauer	erforderliche Intervention
keine Unterkunft	5201			
Substandard oder inadäquate Unterkunft	5202			
andere: ...	5203			

ARBEIT	Code	Intensität	Dauer	erforderliche Intervention
Arbeitslosigkeit Im Gemeinwesen keine Arbeit zu bekommen	5301			
Unterbeschäftigung Im Gemeinwesen keine adäquate Arbeit zu bekommen	5302			
Unangemessene Arbeit Im Gemeinwesen fehlt sozial/legal akzeptable Arbeit	5303			
andere: ...	5304			

ÖKONOMISCHE RESSOURCEN	Code	Intensität	Dauer	erforderliche Intervention
Ungenügende Gemeinwesenressourcen für grundlegende Subsistenz (selbst/abhängig)	5401			
Ungenügende Gemeinwesenressourcen um Dienste anbieten zu können	5402			
Ausschluss von ökonomischen Ressourcen	5403			
andere: ...	5404			

VERKEHR	Code	Intensität	Dauer	erforderliche Intervention
Kein Verkehrsmittel, um Arbeit und benötigte Dienste erreichen zu können	5501			
andere: ...	5502			

DISKRIMINIERUNG IM ÖKONOMISCHEN UND GRUNDVERSORGUNGSSYSTEM	Code	Intensität	Dauer	erforderliche Intervention
Wenn zutreffend, wählen Sie Diskriminierungstypus von untenstehender Liste. Ergänzen Sie den Code.	56__			

KEINE PROBLEME IM ÖKONOMISCHEN UND GRUNDVERSORGUNGSSYSTEM	0000			
---	------	--	--	--

DISKRIMINIERUNGSCODES

01 Alter
02 Ethnizität, Hautfarbe, Sprache
03 Religion
04 Geschlecht
05 Sexuelle Orientierung
06 Lebensstil

INTENSITÄTS INDEX

1 kein Problem
2 gering
3 mäßig
4 hoch

DAUER INDEX

1 > 5 Jahre
2 ein bis 5 Jahre
3 sechs Mo bis ein Jahr
4 ein bis sechs Monate
5 zwei Wo bis ein Monat

Faktor II:
Probleme in der Umwelt

6. (Aus-) Bildungssystem

AUSBILDUNG	Code	Intensität	Dauer	erforderliche Intervention
Fehlen von (Aus-)Bildungseinrichtungen	6101			
Fehlen altersentsprechender, adäquater, angemessener (Aus-)Bildungseinrichtungen	6102			
Fehlen von kulturell relevanten (Aus-)Bildungseinrichtungen	6103			
Ausschluss von existierenden (Aus-)Bildungseinrichtungen	6104			
Fehlen von Diensten, die den Zugang zu (Aus-)Bildungseinrichtungen ermöglichen	6105			
andere: ...	6106			

DISKRIMINIERUNG IM (AUS-) BILDUNGSSYSTEM	Code	Intensität	Dauer	erforderliche Intervention
Wenn zutreffend, wählen Sie Diskriminierungstypus von untenstehender Liste. Ergänzen Sie den Code.	62__			

KEINE PROBLEME IM (AUS-) BILDUNGSSYSTEM	0000			
---	------	--	--	--

7. Rechtssystem

RECHTSSTAATLICHES SYSTEM	Code	Intensität	Dauer	erforderliche Intervention
Fehlen von Polizeidienststellen	7101			
Fehlen relevanter Polizeidienste	7102			
Fehlen von Vertrauen in Polizeidienste	7103			
Fehlen ausreichender Untersuchungs- und Rechtsschutzdienste	7104			
Fehlen ausreichender Dienste zur Unterstützung bei Bewährung / bedingter Entlassung	7105			
andere: ...	7106			

DISKRIMINIERUNG IM RECHTSSYSTEM	Code	Intensität	Dauer	erforderliche Intervention
Wenn zutreffend, wählen Sie Diskriminierungstypus von untenstehender Liste. Ergänzen Sie den Code.	62__			

KEINE PROBLEME IM RECHTSSYSTEM	0000			
--------------------------------	------	--	--	--

DISKRIMINIERUNGSCODES

- 01 Alter
- 02 Ethnizität, Hautfarbe, Sprache
- 03 Religion
- 04 Geschlecht
- 05 Sexuelle Orientierung
- 06 Lebensstil

INTENSITÄTS INDEX

- 1 kein Problem
- 2 gering
- 3 mäßig
- 4 hoch

DAUER INDEX

- 1 > 5 Jahre
- 2 ein bis 5 Jahre
- 3 sechs Mo bis ein Jahr

Faktor II:
Probleme in der Umwelt

8. Gesundheits-, Sicherheits-, Sozialsystem

Gesundheit / geistige Gesundheit	Code	Intensität	Dauer	erforderliche Intervention
Fehlen angemessener Gesundheitsversorgung	8101			
Ausschließende Regeln	8102			
Unzugänglichkeit der Gesundheitsversorgung	8103			
Fehlen von Diensten, die für die Nutzung der Gesundheitsversorgung benötigt werden (Kinderaufsicht, Dolmetscher)	8104			
Fehlen angemessener psychosozialer Dienste	8105			
ausschließende Regeln	8106			
Unzugänglichkeit der psychosozialen Versorgung	8107			
Fehlen von Diensten, die für die Nutzung der psychosozialen Versorgung benötigt werden. (Kinderaufsicht, Dolmetscher)	8108			
andere: ...	8109			

SICHERHEIT	Code	Intensität	Dauer	erforderliche Intervention
Gewalt oder Verbrechen in der Nachbarschaft	8201			
Gefährliche Arbeitsbedingungen	8202			
Gefährliche Wohnverhältnisse	8203			
Fehlen ausreichender Sicherheitsdienste	8204			
Naturkatastrophe	8205			
Von Menschen verursachte Katastrophe	8206			
andere: ...	8207			

SOZIALDIENSTE	Code	Intensität	Dauer	erforderliche Intervention
Fehlen adäquater Sozialer Dienste	8301			
ausschließende Regeln	8302			
Unzugänglichkeit Sozialer Dienste	8303			
Fehlen unterstützender Dienste, die für die Nutzung Sozialer Dienste nötig sind	8304			
andere: ...	8305			

DISKRIMINIERUNG IM GESUNDHEITS-, SICHERHEITS- UND SOZIALSYSTEM	Code	Intensität	Dauer	erforderliche Intervention
Wenn zutreffend, wählen Sie Diskriminierungstypus von untenstehender Liste. Ergänzen Sie den Code.	84__			

KEINE PROBLEME IM GESUNDHEITS-, SICHERHEITS- UND SOZIALSYSTEM	0000			
---	------	--	--	--

DISKRIMINIERUNGSCODES

- 01 Alter
- 02 Ethnizität, Hautfarbe, Sprache
- 03 Religion
- 04 Geschlecht
- 05 Sexuelle Orientierung
- 06 Lebensstil

INTENSITÄTS INDEX

- 1 kein Problem
- 2 gering
- 3 mäßig

DAUER INDEX

- 1 > 5 Jahre
- 2 ein bis 5 Jahre
- 3 sechs Mo bis ein Jahr

Faktor II:
Probleme in der Umwelt

9. Selbstorganisationssystem

RELIGIÖSE GRUPPEN	Code	Intensität	Dauer	erforderliche Intervention
Fehlen der religiösen Gruppe der Wahl	9101			
Fehlen lebensweltlicher Akzeptanz der religiösen Werte	9102			
andere: ...	9103			

GRUPPEN IM GEMEINWESEN	Code	Intensität	Dauer	erforderliche Intervention
Fehlen einer Gemeinschaft der Wahl	9201			
Fehlen lebensweltlicher Akzeptanz für die Gemeinschaft der Wahl	9202			
andere: ...	9203			

DISKRIMINIERUNG IM SELBSTORGANISATIONSSYSTEM	Code	Intensität	Dauer	erforderliche Intervention
Wenn zutreffend, wählen Sie Diskriminierungstypus von untenstehender Liste. Ergänzen Sie den Code.	93__			

KEINE PROBLEME IM SELBST-ORGANISATIONSSYSTEM	0000			
--	------	--	--	--

10. System emotionaler Unterstützung

EMOTIONALE UNTERSTÜTZUNG	Code	Intensität	Dauer	erforderliche Intervention
Fehlen eines Systems emotionaler Unterstützung	10101			
Unterstützungssystem inadäquat für die Bedürfnisse	10102			
Massiv involviertes Unterstützungssystem	10103			
andere: ...	10104			

DISKRIMINIERUNG IM SYSTEM EMOTIONALER UNTERSTÜTZUNG	Code	Intensität	Dauer	erforderliche Intervention
Wenn zutreffend, wählen Sie Diskriminierungstypus von untenstehender Liste. Ergänzen Sie den Code.	101__			

KEINE PROBLEME IM SYSTEM EMOTIONALER UNTERSTÜTZUNG	0000			
--	------	--	--	--

DISKRIMINIERUNGSCODES

- 01 Alter
- 02 Ethnizität, Hautfarbe, Sprache
- 03 Religion
- 04 Geschlecht
- 05 Sexuelle Orientierung
- 06 Lebensstil

INTENSITÄTS INDEX

- 1 kein Problem
- 2 gering
- 3 mäßig

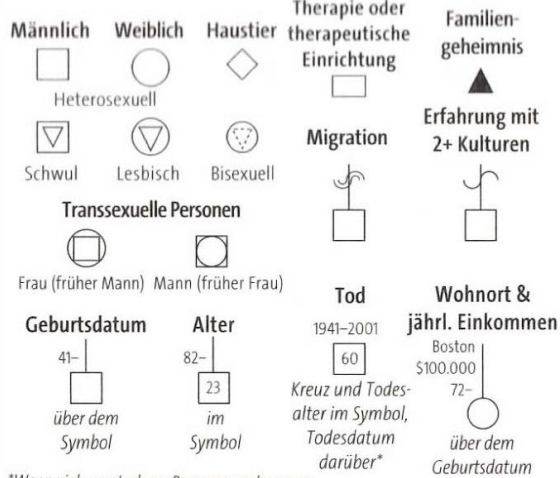
DAUER INDEX

- 1 > 5 Jahre
- 2 ein bis 5 Jahre
- 3 sechs Mo bis ein Jahr

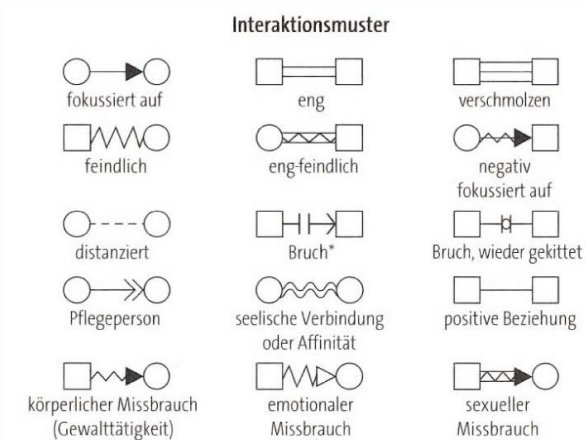
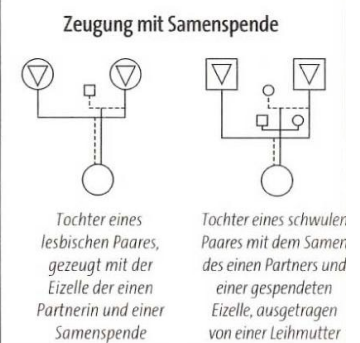
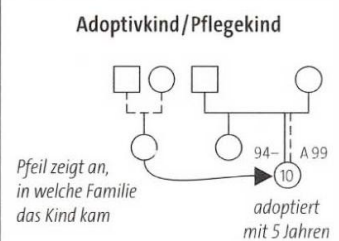
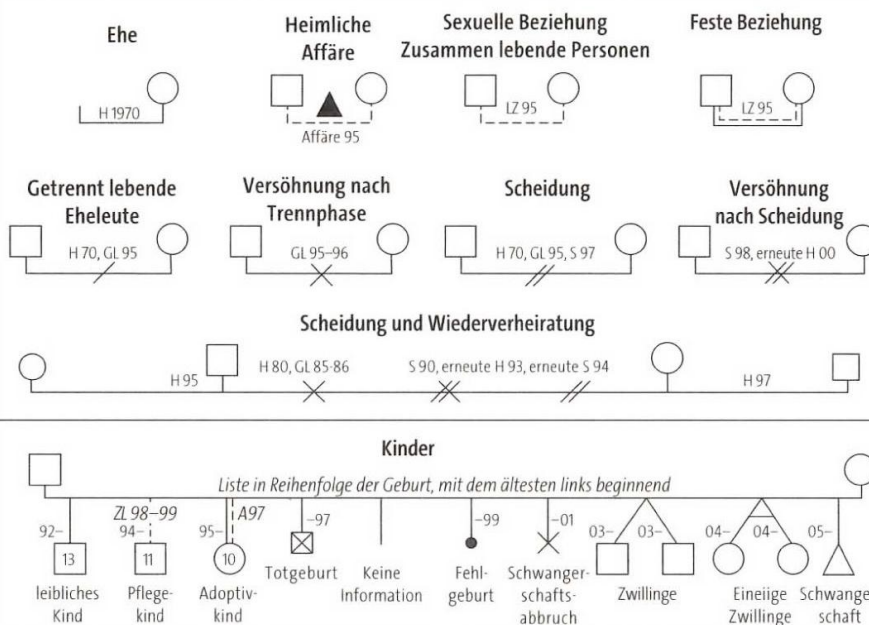
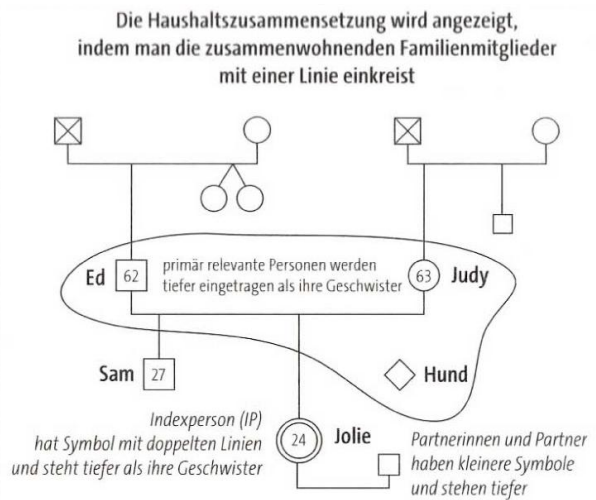
Ohne Name (2009). *Person-in-Environment System*. Gefunden am 28. Juni 2012, unter <http://www.pantucek.com/diagnose/PIE/index.html>

Anhang G:

Genogramm-Symbole

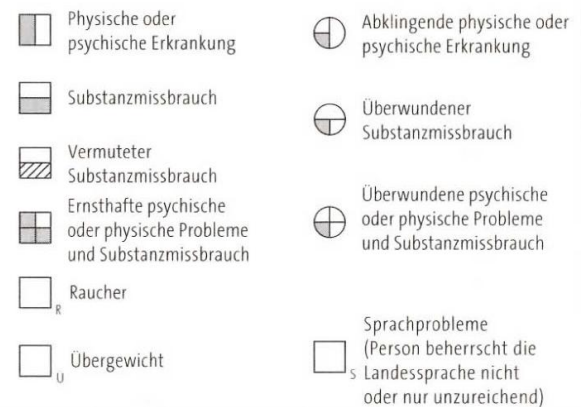


*Wenn viele verstorbene Personen vorkommen,
Kreuz nur für frühzeitige Tode verwenden.



*Pfeil (optional) zeigt Richtungen an

Sucht, physische oder psychische Erkrankung oder andere Probleme



Mc Goldrick, Monica; Gerson, Randy & Petry, Sueli (2009). *Genogramme in der Familie* (3. vollständig überarbeitet und erweiterte Aufl.). Bern: Huber.

Anhang H:

FAST

Um das beschriebene Skulpturverfahren FAST noch weiter zu veranschaulichen, ist hier ein Foto einer solchen Familienkonstellation abgedruckt.



Abbildung gefunden am 21. Juli 2012, unter
http://www.slidefinder.net/t/testpsychologische_grundlagen_familiensystemtest_fast_referat/fast/5794235

Anhang I:
Diagnostische Kompetenzanalyse

Name:.....	
(Entwicklungs)Aufgabe:.....	
Bearbeitet von:Datum:.....	
Erforderliche Fähigkeiten	Vorhandene Fähigkeiten
Beurteilung der Kompetenz/Kompetenzbalance	
Externe Schutzfaktoren	Interne Schutzfaktoren
Externe Risikofaktoren/Stress verursachende Bedingungen	Interne Risikofaktoren/Stressoren
Ableitung von Zielen / Verbesserungspunkten	

Cassée, Kitty (2007). *Kompetenzorientierung: Eine Methodik für die Kinder- und Jugendhilfe. Ein Praxisbuch mit Grundlagen, Instrumenten und Anwendungen*. Bern, Stuttgart und Wien: Haupt.

Anhang J:
Indikationsbericht

Familie:	<i>Vogel</i>	
Erarbeitet von:	<i>Fink</i>	Datum: 15.04.2012
1. Grund für die Kontaktaufnahme mit der Kinderpsychiatrie?		
<i>Starke Stimmungsschwankungen mit depressiven sowie aggressiven Episoden, mangelnde Schulleistungen durch Konzentrationsschwäche</i>		
2. Informationsquellen		
<i>Unsere Ausführungen stützen sich auf Gespräche mit den Eltern, der Lehrperson und dem Patienten und Beobachtungen vor Ort. Für die Informationssammlung kamen standardisierte Erfassungsraster zur Anwendung.</i>		
Gespräche und/oder Präsenz in der Familie		
Datum	Zeit	Anwesend
13.07.2012	17.30	<i>Mutter, Vater, Schwester</i>
21.07.2012	13.30	<i>Mutter, Vater</i>
3. Probleme und erwünschte Veränderungen (Sicht der Familienmitglieder)		
	Mutter	Vater
Aktuelle Probleme	<i>Macht einen verzweiferten Eindruck</i>	<i>Macht seine Hausaufgaben nicht, ist häufig sehr unruhig</i>
Gewünschte Veränderungen/Veränderungsbereitschaft	<i>Weniger Stimmungsschwankungen</i>	<i>Ausgeglichener</i>
Hilfreiche Ressourcen	<i>Aufenthalt in der Klinik</i>	<i>Psychologin, Frau Scholler</i>
	Fokuskind (IP)	Weiteres Kind (evt. Beiblatt)
Aktuelle Probleme	<i>Weniger Probleme in der Schule</i>	<i>Schwester: Max soll wieder netter sein, nicht mehr so böse</i>

Cassée, Kitty (2007). *Kompetenzorientierung: Eine Methodik für die Kinder- und Jugendhilfe. Ein Praxisbuch mit Grundlagen, Instrumenten und Anwendungen.* Bern, Stuttgart und Wien: Haupt.

Anhang K: Silhouette

Im Zyklusprozess von Cassée (2007) werden in der diagnostischen Phase Ziele formuliert, welche dann den Handlungsplan bestimmen. An dieser Stelle soll beispielhaft ein Instrument erläutert werden, welches zur Zielerarbeitung dienen kann.

Die Silhouette ist eine hilfreiche Methode, um mit Eltern und Kinder die Stärken und Lernthemen zu ermitteln. Dem IP, den Eltern und unter Umständen auch anderen Bezugspersonen wie Lehrer und Lehrerinnen, werden gebeten in der Körperschablone dem Körperumriss entlang starke Punkte (Was ist gut?) und Veränderungspunkte (Was soll sich verändern?) aufzuschreiben. Nach Cassée (2007) kann diese Methode sehr unerwartete Ergebnisse erzielen und öffnet den Blick für Stärken und Veränderungen. Es können starke Gefühle ausgelöst werden, welche gut genutzt werden können. Auch „heisse“ Themen wie Liebe (das Herz), Sexualität (Genitalien, Brüste) oder Gewalt (Hände, Füße)) können einfacher erwähnt beziehungsweise eingezeichnet werden.

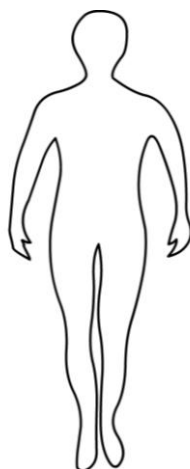
Schritt für Schritt:

Laden Sie den, die IP, die Eltern und eventuell anderer Bezugspersonen ein rund um den Körper folgende Dinge zu bezeichnen:

Grün = Stärken: Was kann ich / Was kann unser Kind gut? Was ist schön?

Blau = Wünsche: Was sollte ich / Was sollte unser Kind anders machen? Was ist nicht schön?

Zuerst präsentiert der, die IP seine, ihre starken Punkte und seine, ihre Veränderungswünsche. Anschliessende reagieren die Eltern, beziehungsweise die Erwachsenen mit Fragen. In der nächsten Phase präsentieren die Erwachsenen ihre Punkte und der, die IP reagiert mit Fragen. Im Anschluss werden die Veränderungswünsche diskutiert, priorisiert und Ziele für den Hilfsprozess abgeleitet.



Cassée, Kitty (2007). *Kompetenzorientierung: Eine Methodik für die Kinder- und Jugendhilfe. Ein Praxisbuch mit Grundlagen, Instrumenten und Anwendungen*. Bern, Stuttgart und Wien: Haupt.

9 Stichwortverzeichnis

A

Auswirkungen · 5, 9, 17, 58, 74, 78, 112

B

Behinderung · 3, 7, 9, 26, 29, 30, 31, 74, 111, 120, 121, 122, 140

bio-psycho-soziale Verständnis · 14

C

clinical social work · 3, 12, 13, 119

Clinical Social Work · 121, 127

E

Entwicklungsaufgaben · 17, 39, 40, 68, 98, 99, 101

Entwicklungspsychologie · 9, 58, 63, 73, 99, 125, 126

F

Fachsozialarbeit · 8, 13, 23, 114

Familie · 4, 2, 6, 7, 9, 28, 34, 35, 40, 42, 43, 47, 50, 55, 58, 61, 62, 66, 77, 78, 80, 81, 82, 85, 86, 88, 89, 93, 94, 96, 97, 98, 101, 102, 103, 104, 107, 108, 109, 111, 112, 114, 115, 119, 120, 122, 124, 125, 126, 157

Familienberatung · 85, 105, 106, 108, 114, 127

Familiensystem · 3, 4, 5, 6, 7, 28, 43, 58, 71, 78, 82, 85, 105, 110, 112, 113, 114, 115, 120, 126

FAST · 94, 95, 96, 97

G

Geschwister · 4, 6, 9, 33, 65, 86, 96, 105, 112, 122

Gesundheit · 4, 5, 9, 12, 20, 21, 26, 30, 39, 40, 44, 45, 46, 47, 48, 50, 51, 52, 53, 58, 69, 70, 73, 77, 111, 119, 120, 121, 123, 125, 126, 127, 140

Grundbedürfnisse · 47, 58, 69, 119

H

Hierarchie · 94, 95, 96, 127

I

ICD-10 · 26, 27, 31, 80, 98, 120

ICF · 30, 31, 98, 120, 140

K

Kinder- und Jugendpsychiatrie · 3, 120, 127

Kinderpsychiatrie · 4, 1, 3, 4, 5, 7, 9, 61, 71, 80, 86, 87, 112, 113, 114

Kindliche Bedürfnisse · 68

Klinische Sozialarbeit · 4, 3, 5, 7, 8, 9, 12, 13, 17, 20, 21, 23, 28, 50, 89, 91, 110, 112, 113, 114, 115, 116, 118, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 128

Kohärenzgefühl · 37, 48, 49

Kohäsion · 94, 95, 96, 127

Krankheit · 3, 6, 21, 26, 30, 44, 45, 46, 48, 111, 119

M

Mutter · 33, 34, 59, 73, 80, 97, 107

P

person-in-environment · 15, 89, 113, 119

Psychiatrie · 3, 15, 65, 84, 88, 91, 98, 113, 119, 121, 122, 124, 126

psychischen Störung · 32

R

Resilienz · 17, 41, 42, 43, 52, 111, 121, 124, 128

Resilienzfaktoren · 38, 39, 111

Risikofaktoren · 32, 33, 34, 47, 50, 98, 101, 104, 111

S

Salutogenese · 15, 37, 48, 50, 119, 126

Schutzfaktoren · 16, 28, 38, 43, 45, 50, 100, 101, 119

Soziale Arbeit · 4, 8, 9, 15, 23, 71, 113, 114, 115, 120, 121, 122, 126, 127, 128

Sozialpsychiatrie · 14, 127

Spiralphasenmodell · 74

Störung · 26, 27, 33, 80, 97

Stressoren · 35, 38, 48, 49, 76, 111

Abbildungsverzeichnis

U

Umwelt · 2, 12, 19, 30, 32, 38, 39, 54, 65, 113, 125, 126

W

WHO · 21, 26, 27, 30, 31, 44, 53, 128

V

Vater · 33, 59, 73, 80, 97, 104