

Bachelor-Arbeit
Ausbildungsgang **Sozialarbeit**
Kurs **VZ 2014-2017**

Amanda Schneider & Chantal Hackl

Erziehungsfähig mit Schizophrenie

**Erklärungen, Zusammenhänge, Auswirkungen und Handlungsempfehlungen für die
Soziale Arbeit**

Diese Bachelor-Arbeit wurde im August 2017 eingereicht 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.:

Originaldokument gespeichert auf LARA – Lucerne Open Access Repository and Archive der Zentral- und Hochschulbibliothek Luzern



Dieses Werk ist unter einem
Creative Commons Namensnennung-Keine kommerzielle Nutzung-Keine Bearbeitung 3.0 Schweiz Lizenzvertrag
lizenziert.

Um die Lizenz anzuschauen, gehen Sie bitte zu <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/ch/>
Oder schicken Sie einen Brief an Creative Commons, 171 Second Street, Suite 300, San Francisco, California
95105, USA.

Urheberrechtlicher Hinweis

Dieses Dokument steht unter einer Lizenz der Creative Commons Namensnennung-Keine kommerzielle
Nutzung-Keine Bearbeitung 3.0 Schweiz <http://creativecommons.org/>

Sie dürfen:



Teilen — das Material in jedwedem Format oder Medium vervielfältigen und weiterverbreiten
Zu den folgenden Bedingungen:



Namensnennung — Sie müssen angemessene Urheber- und Rechteangaben machen, einen Link zur
Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden. Diese Angaben dürfen in jeder
angemessenen Art und Weise gemacht werden, allerdings nicht so, dass der Eindruck entsteht, der Lizenzgeber
unterstütze gerade Sie oder Ihre Nutzung besonders.



Nicht kommerziell — Sie dürfen das Material nicht für kommerzielle Zwecke nutzen.



Keine Bearbeitungen — Wenn Sie das Material remixen, verändern oder darauf anderweitig direkt
aufbauen dürfen Sie die bearbeitete Fassung des Materials nicht verbreiten.
Im Falle einer Verbreitung müssen Sie anderen die Lizenzbedingungen, unter welche dieses Werk fällt,
mitteilen.

Jede der vorgenannten Bedingungen kann aufgehoben werden, sofern Sie die Einwilligung des Rechteinhabers
dazu erhalten.

Diese Lizenz lässt die Urheberpersönlichkeitsrechte nach Schweizer Recht unberührt.

Eine ausführliche Fassung des Lizenzvertrags befindet sich unter <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/ch/legalcode.de>

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 August 2017

Hochschule Luzern, Soziale Arbeit
Leitung Bachelor

Abstract

Das Risiko an Schizophrenie zu erkranken, liegt bei rund 1 %. Schizophren Erkrankte haben im Vergleich zu Menschen mit anderen psychischen Krankheiten weniger oft Kinder. In der Schweiz leben schätzungsweise 50'000 Kinder mit einem psychisch erkrankten Elternteil zusammen und weisen ein erhöhtes Risiko auf, selber einmal psychisch zu erkranken.

Die vorliegende Bachelor-Arbeit richtet den Fokus auf schizophren erkrankte Eltern, deren Erziehungsfähigkeit und mögliche daraus resultierende Auswirkungen wie beispielsweise eine Kindeswohlgefährdung. Im Kinderschutz bestehen unterschiedliche Massnahmen, welche einer solchen Gefährdung mittels individuellen Unterstützungsformen entgegenwirken. Die elterliche Erziehungsfähigkeit kann durch die krankheitsbedingten Einschränkungen beeinträchtigt sein, jedoch können betroffene Eltern mithilfe von konkreten Angeboten in ihrer Erziehungsfähigkeit unterstützt werden. Die Krankheitssymptomatik kann sich auf verschiedene Lebensbereiche auswirken, weshalb die Soziale Arbeit in den unterschiedlichsten Handlungsfeldern mit Betroffenen in Kontakt kommt und in Hilfeprozesse eingebunden wird.

Durch diese Fachliteraturarbeit konnten zwar Tendenzen zu Auswirkungen der elterlichen Erkrankung auf deren Erziehungsfähigkeit festgestellt werden, jedoch konnte keine eindeutige Aussage dazu getroffen werden, da eine Einzelfallbetrachtung unabdingbar ist. Erziehungsfähigkeit stellt somit keine feste Grösse dar und darf nicht pauschal in Frage gestellt werden. Diese Erkenntnis kann für die Soziale Arbeit als Anstoss zu einer aktiven Aufklärungs- sowie Sensibilisierungsarbeit dienen, um einer Tabuisierung und Stigmatisierung entgegenzuwirken.

Inhaltsverzeichnis

Abstract	I
Tabellenverzeichnis	V
1 Einleitung.....	1
1.1 Ausgangslage und Gegenstand	1
1.2 Abgrenzungen zu weiteren Themenbereichen	2
1.3 Motivation.....	2
1.4 Fragestellungen	3
1.5 Ziele der Bachelor-Arbeit und Berufsrelevanz	3
1.6 Aufbau der Bachelor-Arbeit	4
2 Psychische Erkrankungen.....	5
2.1 Historischer Rückblick	5
2.2 Das Krankheitsbild Schizophrenie	9
2.2.1 Symptomatik	9
2.2.2 Diagnostik	11
2.2.3 Ursachen	12
2.2.4 Behandlung	12
2.2.5 Gewalt, Suizid und Zwangsbehandlung	14
3 Elterliche Erziehungsfähigkeit	15
3.1 Definition	15
3.2 Erziehungskompetenz.....	16
3.3 Bindungstheorie und Bindungsverhalten	17
3.4 Kindliche Bedürfnisse.....	20
3.5 Kindeswohl.....	22
4 Mögliche Zusammenhänge zwischen der elterlichen Erziehungsfähigkeit und der schizophrenen Erkrankung	24
4.1 Krankheitsbedingte Einschränkungen	25
4.2 Kindeswohlgefährdung.....	26
4.2.1 Vernachlässigung.....	27

4.2.2	Körperliche Misshandlung	28
4.2.3	Sexuelle Gewalt	28
4.2.4	Psychische Misshandlung	29
4.3	Kinderschutz.....	30
4.4	Risikofaktoren und Schutzfaktoren	31
5	Mögliche Auswirkungen einer schizophrenen Erkrankung auf die übrigen Familienmitglieder.....	32
5.1	Aspekt Familie	32
5.2	Aspekt Kind.....	34
5.2.1	Risiken in der kindlichen Entwicklung.....	34
5.2.2	Parentifizierung	35
5.2.3	Resilienz und Salutogenese	36
5.2.4	Theorie der psychosozialen Entwicklung nach Erik H. Erikson.....	39
5.2.5	Entwicklungsaufgaben	41
5.3	Aspekt Partner	42
6	Handlungsfelder und Interventionen der Sozialen Arbeit	43
6.1	Freiwilliger und zivilrechtlicher Kinderschutz.....	43
6.1.1	Verhältnismässigkeitsprinzip	44
6.1.2	Erziehungsbeistandschaft	45
6.1.3	Sozialpädagogische Familienbegleitung	46
6.1.4	Aufhebung des Aufenthaltsbestimmungsrechts.....	47
6.1.5	Umgang mit der Klientel im Zwangskontext.....	48
6.2	Umgang mit der Krankheit in der Familie	50
6.2.1	Einbezug der Kinder.....	51
6.2.2	Patenschaften	52
6.3	Stärkung der elterlichen Erziehungsfähigkeit.....	52
6.3.1	Ressourcenaktivierung.....	53
6.3.2	Empowerment.....	54
6.3.3	Recovery.....	55
6.3.4	Notfallbriefe und Krisenplan	56

6.4	Präventionsprojekte aus Deutschland und der Schweiz	57
6.4.1	KIPKEL – ein ambulantes Präventionsprojekt	57
6.4.2	CHIMPs – Präventionsprojekt	59
6.4.3	STEP Duo.....	59
6.4.4	Institut Kinderseele Schweiz	61
6.4.5	HotA – Hometreatment Aargau	61
7	Schlussfolgerungen.....	62
7.1	Beantwortung der Fragestellungen	62
7.2	Praxisrelevanz der Erkenntnisse	66
7.3	Persönliches Fazit.....	66
7.4	Ausblick und weiterführende Gedanken	67
8	Literaturverzeichnis	69

Die gesamte Arbeit wurde von Amanda Schneider und Chantal Hackl gemeinsam verfasst.

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Grundsymptome	10
Tabelle 2: Akzessorische Symptome.....	11
Tabelle 3: Risiko- und Schutzfaktoren Eltern und Familie.....	31
Tabelle 4: Übersicht Massnahmen des zivilrechtlichen Kindesschutzes	44

1 Einleitung

In der Einleitung werden die Ausgangslage, der Gegenstand sowie die thematischen Abgrenzungen der vorliegenden Bachelor-Arbeit erörtert. Anschliessend wird die Berufsrelevanz und die Motivation aufgezeigt, woraus die Fragestellungen sowie Zielsetzungen abgeleitet werden. Im Anschluss wird die Adressatenschaft bezeichnet und der Aufbau der Arbeit beschrieben.

1.1 Ausgangslage und Gegenstand

Jede zweite Person weist mindestens einmal im Leben eine psychische Erkrankung auf. Die Prävalenz einmal an Schizophrenie zu erkranken, liegt bei 1 %, was in etwa gleichzusetzen ist mit dem Vorkommen des insulinpflichtigen Diabetes (vgl. Kapitel 2.2). Die psychische Krankheit kann erhebliche Schwierigkeiten in der Bewältigung des Alltags mit sich bringen. Je nach Schweregrad der Erkrankung kann sich dies auf die Erziehungsfähigkeit der Eltern auswirken. Oft leiden die Angehörigen, besonders die eigenen Kinder, ebenfalls darunter und weisen ein erhöhtes Risiko auf, im späteren Leben Verhaltensauffälligkeiten, Entwicklungsstörungen oder eine psychische Krankheit zu entwickeln (vgl. Kapitel 4 & Kapitel 5.2.1). Kinder mit einem an Schizophrenie erkrankten Elternteil haben ein Risiko von etwa 13 % selber einmal an Schizophrenie zu erkranken. Sind beide Elternteile erkrankt, weisen die Kinder ein Risiko von rund 46 % auf (Alexandra Schosser, Jochen Kindler, Nilufar Mossaheb & Harald Aschauer, 2006, S. 20). Die kindliche Entwicklung kann durch die Krankheit der Eltern beeinflusst werden, wobei Resilienz sowie weitere Risiko- und Schutzfaktoren eine zentrale Bedeutung haben. Dies zeigt sich darin, dass rund 85 – 90 % der betroffenen Kinder sich dennoch gesund entwickeln (Renate Gutmann, 2008, S. 134). Aufgrund der Krankheitssymptomatik können erkrankte Eltern ihre Kinder in ihre Wahnvorstellungen miteinbeziehen, wodurch es zu einer Kindeswohlgefährdung kommen kann, welche eine Abklärung sowie allfällige angeordnete Massnahmen der Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde bedarf. Nicht selten ist die Soziale Arbeit in der Beratung und Begleitung von psychisch erkrankten Menschen involviert. Sei es beispielsweise im freiwilligen respektive im zivilrechtlichen Kontext oder in der klinischen Sozialarbeit (vgl. Kapitel 4.2.4 & Kapitel 6.1).

Gemäss dem Berufskodex der Sozialen Arbeit hat jeder Mensch das Anrecht, eigene Entscheidungen zu treffen sowie ein selbstbestimmtes Leben zu führen, sofern diese keine Gefährdung für sich selber oder andere nach sich ziehen. Eine gesellschaftliche

Teilhabe ist für den Menschen unerlässlich. Professionelle der Sozialen Arbeit sind daher verpflichtet, die Klientel in den Hilfeprozess miteinzubeziehen, um eine aktive Beteiligung zu ermöglichen (AvenirSocial, 2010, S. 8-9). Die Autorinnen möchten diesen Grundsätzen innerhalb dieser Bachelor-Arbeit sowie ihrer zukünftigen beruflichen Tätigkeit Rechnung tragen.

1.2 Abgrenzungen zu weiteren Themenbereichen

Im Rahmen dieser Arbeit steht das Krankheitsbild der Schizophrenie im Vordergrund. Den Autorinnen ist jedoch bewusst, dass sich viele Aspekte auch auf andere psychische Erkrankungen adaptieren lassen. Des Weiteren wird nicht auf eine allfällige Komorbidität eingegangen, wobei eine Zweiterkrankung besteht. Genderspezifische Aspekte sowie eine Unterscheidung, ob ein oder beide Elternteile an Schizophrenie erkrankt sind, werden nur stellenweise gemacht. Auf detaillierte Auswirkungen der partnerschaftlichen Beziehungen wird verzichtet. Die Autorinnen gehen nicht auf den Erwachsenenschutz ein, sondern beschränken sich auf ausgewählte Bereiche des freiwilligen und zivilrechtlichen Kinderschutzes des Schweizerischen Zivilgesetzbuches. Im Kinderschutz bestehen mehrere Abklärungsinstrumente zur Einschätzung einer allfälligen Kindeswohlgefährdung, nachfolgend beziehen sich die Autorinnen nicht auf ein spezifisches Modell.

Der jeweilige sozioökonomische Status, beispielsweise der Bildungsstand oder die Einkommensverhältnisse, des betroffenen Elternteils liegt nicht im Fokus der Autorinnen, da dieser wiederum sehr individuelle Komponenten beinhaltet, welche nicht im Umfang dieser Arbeit beleuchtet werden können. Weiter wird bei den spezifischen Angeboten nicht auf die Finanzierung eingegangen, da darin grosse Unterschiede zwischen den ausgewählten Ländern bestehen. Von einer ausführlichen Auseinandersetzung mit gesellschaftspolitischen und ethischen Diskursen wird abgesehen, jedoch werden dazu berufsspezifische Bezüge hergestellt, da die Grundwerte sowie das Professionsverständnis darauf beruhen.

1.3 Motivation

Die Motivation für die Auswahl des Bachelor-Themas ergab sich aus verschiedenen Faktoren. Im Rahmen der einjährigen Praktika im Zentrum für Stationäre Forensische Therapie im Kanton Zürich sowie einem polyvalenten Sozialdienst im Kanton Schwyz, haben sich die Autorinnen intensiv mit Menschen mit einer psychischen Erkrankung, insbesondere an Schizophrenie Erkrankte, auseinandergesetzt. Das grosse Interesse sowie die besuchten Pflicht- und Wahlpflichtmodule trugen dazu bei, dass die

Entscheidung auf die Thematik «Erziehungsfähig mit Schizophrenie» fiel. Die Autorinnen erachten die thematischen Inhalte dieser Bachelor-Arbeit als besonders wichtig und aktuell für die Soziale Arbeit, weshalb sie damit einen Beitrag zur Sensibilisierung leisten möchten sowie auf bereits vorhandene Angebote aufmerksam machen und allfällige Lücken aufzeigen. Die Autorinnen möchten ihr bereits vorhandenes Wissen zur Thematik vertiefen, um ihr Handeln in der Berufspraxis professionell ausrichten zu können und Betroffene in ihrer jeweiligen Lebenswelt adäquat zu unterstützen. In bereits vorliegenden Arbeiten liegt der Schwerpunkt vermehrt auf den Kindern psychisch kranker Eltern, was die Autorinnen dazu bewogen hat, die an Schizophrenie erkrankten Eltern in den Fokus zu rücken.

1.4 Fragestellungen

Anhand der Ausgangslage, der Motivation der Autorinnen sowie dem Bezug zur Sozialen Arbeit, hat sich die folgende übergeordnete Fragestellung ergeben:

Welche Auswirkungen kann eine schizophrene Erkrankung eines Elternteils auf dessen Erziehungsfähigkeit, die kindliche Entwicklung sowie die übrigen Familienmitglieder haben und wie kann die Soziale Arbeit allfällige Unterstützung leisten?

Um die Komplexität zu reduzieren, dienen die nachfolgenden Unterfragen als Leitlinien für die vorliegende Bachelor-Arbeit:

- *Welche Zusammenhänge können zwischen der elterlichen Erziehungsfähigkeit und der schizophrenen Erkrankung entstehen?*
- *Was sind mögliche Auswirkungen auf die Kinder und die übrigen Familienmitglieder, wenn ein Elternteil an Schizophrenie erkrankt ist?*
- *Wie lassen sich an Schizophrenie erkrankte Eltern durch Professionelle der Sozialen Arbeit in ihrer Erziehungsfähigkeit stärken?*

1.5 Ziele der Bachelor-Arbeit und Berufsrelevanz

Das Ziel der vorliegenden Bachelor-Arbeit besteht darin, Verständnis für die individuelle Lebenslage psychisch kranker Eltern, insbesondere an Schizophrenie Erkrankte, zu fördern. Da Professionelle der Sozialen Arbeit in den unterschiedlichsten Berufsfeldern mit Menschen mit psychischen Erkrankungen in Kontakt treten, soll diese Arbeit konkrete Handlungsempfehlungen im Umgang mit betroffenen Eltern aufzeigen,

um diese in ihrer elterlichen Erziehungsfähigkeit zu stärken. Des Weiteren sollen die gewonnen Erkenntnisse zu einer generellen Sensibilisierung hinsichtlich psychischen Erkrankungen beitragen.

Die Arbeit richtet sich an Fachpersonen der Sozialen Arbeit und an Personen, welche sich für die Themen Schizophrenie, elterliche Erziehungsfähigkeit sowie erkrankungsbedingte Auswirkungen interessieren. Die Leserschaft erhält einen Überblick zu den zentralen Erkenntnissen aus Theorie und Praxis sowie wichtige Schlussfolgerungen aus der Forschung.

1.6 Aufbau der Bachelor-Arbeit

Im zweiten Kapitel wird ein historischer Überblick zur Psychiatrie, zu Behandlungsformen sowie dem gesellschaftlichen Umgang mit psychisch erkrankten Menschen gemacht. Darauf aufbauend folgt eine Übersicht hinsichtlich des Krankheitsbildes Schizophrenie, wobei die Symptomatik, die Diagnostik, mögliche Ursachen, Behandlungsformen sowie allfällige Risiken aufgezeigt werden. Das dritte Kapitel befasst sich mit den unterschiedlichen Aspekten der elterlichen Erziehungsfähigkeit, den kindlichen Bedürfnissen, dem Bindungsverhalten sowie dem Kindeswohl. Mögliche Zusammenhänge zwischen der elterlichen Erziehungsfähigkeit und ihrer schizophrenen Erkrankung werden im Kapitel vier dargelegt. Das Kapitel fünf verdeutlicht krankheitsbedingte Auswirkungen auf die Kinder und die übrigen Familienmitglieder. Mithilfe von entwicklungstheoretischen Erklärungen und Risiko- und Schutzfaktoren werden mögliche Folgen für das Kind aufgezeigt. Anschliessend werden beziehungsrelevante Veränderungen erläutert. Das Kapitel sechs befasst sich mit unterschiedlichen Handlungsfeldern und Interventionen der Sozialen Arbeit und zeigt deren Praxisrelevanz auf. Dies beinhaltet zum einen den Umgang mit der schizophrenen Erkrankung in der Familie und die Stärkung der elterlichen Erziehungsfähigkeit. Zum anderen werden konkrete Unterstützungsangebote sowie Massnahmen aus dem Kinderschutz vorgestellt. Ausgewählte Methoden um betroffene Familien zu beraten und zu unterstützen sowie der Einbezug der Kinder in den Hilfeprozess sind weitere Bestandteile dieses Kapitels. Abschliessend werden im Kapitel sieben die wichtigsten Erkenntnisse zusammengefasst und die Fragestellungen beantwortet. Ein persönliches Fazit sowie ein Ausblick der Autorinnen schliessen die Arbeit ab.

2 Psychische Erkrankungen

Abweichendes Verhalten und seelische Krankheiten gehören in unterschiedlicher Ausprägung und Häufigkeit zum menschlichen Dasein. Die Zuschreibung, ob jemand gesund oder krank ist, steht in hoher Korrelation mit der Gesellschaft und der jeweiligen Kultur sowie der individuellen Lebenssituation eines Menschen (Gerhard Neuhäuser, 2010, S. 11). Wie Martin Hafen (2014) weiter ausführt, herrscht keine grundlegende Einigkeit darüber, was Gesundheit eigentlich ist oder sein könnte und ob lediglich körperliche Aspekte miteinbezogen werden oder auch psychische, soziale und ökologische. Vielmehr sind Krankheit und Gesundheit soziale Konstrukte (S. 13). Es gilt stets zu hinterfragen, durch wen und zu welcher Zeit Gesundheits- und Krankheitskonzepte geprägt wurden (Hafen, 2014, S. 19).

2.1 Historischer Rückblick

In der Antike wurde Abnormales, wie beispielsweise Behinderungen oder psychische Erkrankungen, als nicht lebenswert erachtet. Zu dieser Zeit herrschte eine sehr selektierende Auffassung dem Abnormen gegenüber. Der griechische Philosoph Aristoteles (384-322 v. Chr.) befasste sich in seinem Werk «De Anima» unter anderem auch mit seelischen Krankheiten. Bereits damals kamen sowohl biologischen als auch psychologischen Komponenten eine entscheidende Rolle zu (Neuhäuser, 2010 S. 11). Auch Hippokrates von Kos (460-377 v. Chr.) forderte, Krankheiten als körperliche Funktionsstörungen zu betrachten sowie eine fachlich und methodisch geprüfte Erforschung von Krankheiten. Hervorgehoben wurde seine Empfehlung nach einem respektvollen Umgang mit dem Gegenüber (Paul Hoff, 2011, S. 16-17). Hippokrates, der in der Medizin bis ins frühe Mittelalter wegweisend war, erachtete bisherige magisch-religiöse Erklärungsansätze für psychische Krankheiten als unzureichend. Zu dieser Zeit, im 9. und 10. Jahrhundert, wurden in Bagdad, Damaskus und Kairo erste Hospitäler für psychisch Kranke eröffnet. Erklärungen für psychische Krankheiten wurden nach wie vor im Natürlichen gesehen, wobei die Ursachen in Herz, Aorta, Speiseröhre oder Zwerchfell gesucht wurden. Man sprach weiterhin von Irren und Verrückten, wodurch auch der Umgang mit den Betroffenen ablehnend und aussondernd blieb, da ihr Verhalten beängstigend und unheimlich wirkte (Neuhäuser, 2010, S. 12). Im Mittelalter wurden psychisch kranke Menschen ausgegrenzt und gerieten an den Rand der Gesellschaft. Damals herrschte die Überzeugung, psychotische Menschen, vor allem Frauen, seien Besessene und Hexen, aufgrund dessen wurden sie ausgegrenzt oder sogar getötet. Die Einstellung gegenüber psychisch kranken Menschen änderte sich während der Aufklärung, im

18. Jahrhundert, wobei sie als Patientinnen und Patienten anerkannt wurden, welche Anspruch auf eine respektvolle Behandlung haben. Überzeugte Rationalistinnen und Rationalisten trugen massgeblich zu diesem Umdenken bei, da Probleme für sie nur vorübergehender Natur waren und keine überdauernden Zustände darstellten. Dieses Umdenken führte auch dazu, dass in einigen psychiatrischen Kliniken Zwangsmassnahmen abnahmen und sich die Einstellung gegenüber psychisch erkrankten Menschen nachhaltig änderte. Gleichzeitig wurden damals unmenschliche Therapieverfahren angewandt, welche auf wissenschaftlichen Annahmen jener Zeit beruhten. So wurden psychotische Menschen beispielsweise in Drehstühlen herumgeschleudert oder überraschend ins Wasser geworfen, im Glauben, die Krankheitssymptomatik würde sich dadurch mildern (Hoff, 2011, S. 17-19). Gemäss Burkhart Brückner (2010) bestand während des 18. Jahrhunderts, nebst den medizinischen Erklärungsansätzen, eine theologische Auffassung von psychischen Krankheiten. Diese wurden als Strafe Gottes interpretiert (S. 61). Im 19. Jahrhundert, während der Romantik, gewann das nicht Berechenbare an Bedeutung sowie der Mangel an Vernunft als Merkmal einer psychischen Krankheit, wobei den Erkrankten ein Teil der Verantwortung zugeschrieben wurde. Während in der psychiatrischen Fachliteratur Physikerinnen und Physiker von «Seelenkrankheiten» sprachen, bestritten dies Somatikerinnen und Somatiker. Für sie konnte die Seele, im Gegensatz zum Körper, als solches nicht erkranken, da sie immateriell und unsterblich schien. Psychische Krankheiten waren dadurch ein psychischer Ausdruck von körperlichen Störungen. Die Auffassungen der Romantik verloren jedoch nach 1830, aufgrund einer naturwissenschaftlichen Gegenbewegung, rasch an Bedeutung. Wilhelm Griesinger (1817-1868) hatte zu jener Zeit eine entscheidende Rolle in der psychiatrischen Entwicklung und wurde Wegbereiter sozialpsychiatrischer Konzepte. Er definierte Geisteskrankheiten als Gehirnkrankheiten und strebte danach, die Psychiatrie als eigenständige Wissenschaft zu etablieren, welche dem ärztlichen Ethos verpflichtet ist, indem Patientinnen und Patienten in ihrer Erkrankung ernst genommen werden. Um unter anderem das Umfeld der Betroffenen in die Behandlung miteinzubeziehen sowie um einen erfolgreichereren Krankheitsverlauf zu begünstigen, forderte Griesinger, dass kurze stationäre Behandlungen nicht mehr in Provinzen erfolgten, sondern in sogenannten «Stadtasylen». Kennzeichnend zu dieser Zeit war, dass Griesinger die unterschiedlichen psychischen Krankheiten nicht differenzierte, sondern von einer «Einheitspsychose» ausging, welche in Stadien verläuft und sich unaufhaltbar verschlechtern kann (Hoff, 2011, S. 19-23). Die naturwissenschaftliche Sichtweise gewann vermehrt an Bedeutung, wobei Befunde, Symptome, Diagnosen und Krankheitseinheiten festgehalten und definiert wurden. Unter diesem Gesichtspunkt

fürten diverse Studien, unter anderem von Emil Kraepelin (1856-1926) und Eugen Bleuler (1857-1939) zu einer neuen Einteilung von Psychosen, welche später Grundlage für die international verbindlichen diagnostischen Klassifikationssysteme waren, der International Classification of Diseases (ICD-10) der World Health Organization (WHO) und des Diagnostic and Statistical Manual (DSM-IV) der American Psychiatric Association (Neuhäuser, 2010, S. 16-17). Im Jahr 2013 wurde eine überarbeitete Version des DSM-IV publiziert, das DSM-V (American Psychiatric Association, 2017). Eine neue Version des ICD-10, das ICD-11, wird voraussichtlich im Jahr 2018 erscheinen (World Health Organization, 2017).

Kraepelin prägte gegen Ende des 19. Jahrhunderts die Sicht auf psychische Erkrankungen massgeblich. Er vertrat die Meinung, dass nicht die Wissenschaft Krankheitssysteme aufstellt, sondern, dass sowohl psychische als auch somatische Krankheiten einen natürlichen Ursprung haben. Mit seiner Auffassung forderte er, dass Krankheitsbilder nicht nur beschrieben und definiert, sondern auch entdeckt werden, indem nach biologischen Ursachen gesucht wird (Hoff, 2011, S. 23). Carl Gustav Carus (1789-1869) vertrat in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts die Auffassung, dass menschliches Verhalten nicht nur von bewussten Entscheiden abhängt, sondern mit unbewussten Vorgängen in Verbindung steht. In diesem Zusammenhang war Sigmund Freud (1856-1939), Begründer der Psychoanalyse, prägend. Er war der Ansicht, dass Verhaltensauffälligkeiten aufgrund von unbewussten und verdrängten psychischen Konflikten entstehen. Um dem Verdrängungsmechanismus entgegenzuwirken, sollte das Unbewusste wieder bewusst gemacht werden, sodass idealerweise das abweichende Verhalten dadurch überflüssig wird (Hoff, 2011, S. 28). Seit dem 19. Jahrhundert hat die Hirnforschung einen bedeutenden Beitrag zum Wissen um psychische Krankheiten geleistet. Unter anderem wurde untersucht, ob bestimmte Verhaltensabweichungen oder psychische Störungen auf die Hirnstruktur zurückzuführen sind (Neuhäuser, 2010, S. 17-18).

In Zeiten des Nationalsozialismus (1933-1945) entstand im Rahmen der Degenerationslehre die Überzeugung, dass Menschen, die der Gesellschaft keinen Nutzen bringen und somit minderwertig sind, ausgemerzt werden müssen (Hoff, 2011, S. 30). Diese Rassenideologie entstand auf dem Hintergrund von Bewegungen aus dem 19. Jahrhundert sowie durch Fortschritte in der genetischen Forschung (Neuhäuser, 2010, S. 19). Zwischen 1934 und 1945 wurden in Deutschland mit der Einführung des Erbgesundheitsgesetzes etwa 360'000 Menschen zwangssterilisiert. Das Gesetz forderte eine Zwangssterilisation von Menschen mit bestimmten Krankheiten, mitunter auch psychische Erkrankungen, um so die erbliche Übertragung

zu verhindern. Es herrschte von ärztlicher Seite teilweise Widerstand gegen diese Forderungen, wodurch einige Ärztinnen und Ärzte Diagnosen fälschten oder gar keine stellten, da die bestehende Krankheit unter das Sterilisationsgesetz gefallen wäre. Nach Kriegsbeginn, 1939, forderten Nationalsozialisten sogar die Tötung von Minderwertigkeiten. Als Minderwertigkeiten galten Homosexuelle, Ausländerinnen und Ausländer, psychisch erkrankte Menschen sowie Menschen mit körperlichen und geistigen Beeinträchtigungen. Diese Verbrechen waren Auslöser der aufkommenden internationalen Bestrebungen, worin der medizinischen Forschung konkrete Richtlinien vorgegeben werden sollen. Aufgrund dessen wurde 1964 die «Deklaration von Helsinki» vom Weltärztebund verabschiedet, worin bis heute verbindliche Rahmenbedingungen für die medizinische Forschung festgehalten werden. Nach Kriegsende distanzierte sich die Psychiatrie vorerst von der biologischen Denkweise hin zu einer anthropologischen Ausrichtung, wobei die Erkrankung mit den jeweiligen Eigenschaften einer Person in Verbindung gebracht wurde. Die individuellen Lebensläufe sowie Lebenssituationen wurden mit der psychischen Erkrankung in Zusammenhang gebracht. Eine zentrale Frage zu dieser Zeit war, warum eine Person eine akute Psychose entwickelt und eine andere Person, mit ähnlichen Wesensmerkmalen, nicht (Hoff, 2011, S. 31-35).

Die Antipsychiatrie der sechziger und siebziger Jahre lehnte sich gegen jegliche Diagnosen und Medikamente, da sie davon ausging, dass es keine abgrenzbaren Krankheitseinheiten gibt. Ungewöhnliches Verhalten und sonderbare Lebensläufe seien weitgehend normal, wobei diese Menschen zu respektieren seien und nicht zu pathologisieren. Ferner sei nicht die Medizin für die Behandlung zuständig, sondern die Psychologie, die Sozialwissenschaft und die Sozialarbeit. Die Sozialpsychiatrie forderte eine stärkere Beachtung von sozialen Aspekten, wobei eine gemeindenahere psychiatrische Versorgung im Zentrum stand. Das Ziel war, den Patientinnen und Patienten eine kontinuierliche Behandlungskette zu ermöglichen, ohne einen ständigen Wechsel des Behandlungsteams. Der ebenfalls zu Beginn des 20. Jahrhunderts entstandene Behaviorismus geht, im Gegensatz zur Psychoanalyse, davon aus, dass jegliches menschliches Verhalten erlernt sei. Was erlernt wurde, kann auch wieder verlernt werden, dies gilt auch für psychische Krankheiten. Das beobachtbare Verhalten steht dabei im Vordergrund. Verhaltenstherapeutische Methoden werden hierbei angewendet, um beispielsweise bei Angsterkrankungen die jeweilige Angst wieder zu verlernen, wobei am beobachtbaren Verhalten angesetzt wird. Ab den sechziger Jahren gewann die neurobiologische Denkrichtung, aufgrund von technischen Fortschritten in der Diagnostik sowie der Entwicklung von neuen Psychopharmaka, an Bedeutung. Mögliche Ursachen von psychischen Erkrankungen

wurden im gestörten Gleichgewicht bestimmter Neurotransmitter im Gehirn gesehen, welches das Erleben und das Verhalten des jeweiligen Menschen beeinflusst. In den sechziger Jahren wurde die Ursache des Krankheitsbildes Schizophrenie anhand der «Dopaminhypothese der Schizophrenie» erklärt. Es wurde davon ausgegangen, dass in gewissen Hirnarealen ein Überschuss des Neurotransmitters Dopamin zur Erkrankung führe. Gemäss aktuellem Forschungsstand führen jedoch weitaus komplexere Ursachen zur Erkrankung. Heute besteht vermehrt die Forderung, die Forschung nicht nach Krankheitseinheiten und Diagnosen auszurichten, sondern nach einzelnen Symptomen und deren Verbindungen zu forschen (Hoff, 2011, S. 38-40).

Wie Hafen (2014) verdeutlicht, ist das heutige europäische Gesundheitskonzept reduktionistisch geprägt, wobei psychische und soziale Aspekte nur wenig Beachtung erhalten. Es bestehen seit dem 20. Jahrhundert jedoch Bestrebungen, das Gesundheitsverständnis um diese Komponenten zu erweitern (S. 111).

2.2 Das Krankheitsbild Schizophrenie

Daniela Schuler, Alexandre Tuch, Nathalie Buscher und Paul Camenzind (2016) veröffentlichten im Bericht des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums (Obsan), dass sich im Jahr 2012 5 % der Schweizer Bevölkerung infolge einer psychischen Beschwerde behandeln liessen (S. 36). Des Weiteren erleidet beinahe jede zweite Person im Verlaufe ihres Lebens eine psychische Erkrankung (Hans Ulrich Wittchen & Frank Jacobi, 2005; zit. in Schuler et al., 2016, S. 11). Im Vergleich dazu liegt das Risiko an Schizophrenie zu erkranken bei rund 1 % (Revital Ludewig, Sonja Baumer, Josef Salzgeber, Christoph Häfeli & Kurt Albermann, 2015, S. 582). Ursprünglich hatte die schizophrene Erkrankung den von Kraepelin geprägten Begriff der «Dementia Praecox». Bleuler wollte 1911 eine weniger abwertende Bezeichnung schaffen, indem er von einer Krankheit aus der «Gruppe der Schizophrenien» sprach. Heute finden sich im psychiatrischen Alltag unterschiedliche Varianten, welche die Vermutungen unterstreichen, dass es sich nicht um eine einheitliche Krankheit handelt, sondern um eine Gruppe von Störungen mit ähnlichen Erscheinungsformen aber unterschiedlichen neurobiologischen Hintergründen (Asmus Finzen, 2016, S. 89).

2.2.1 Symptomatik

Die Symptomatik der Schizophrenien ist sehr vielfältig. Dennoch gibt es zentrale Symptome, die auf der ganzen Welt anzutreffen sind. Kennzeichnend ist das veränderte Wahrnehmen der physischen Umgebung durch das Erleben von Gedankeneingebung, Gedankenübertragung und des Gedankenentzugs durch

Stimmen. Eine Situation kann plötzlich als intensiver persönlicher Bezug interpretiert werden, wobei die Erkrankten ein Geschehnis gezielt auf sich beziehen sowie darin eine besondere Mitteilung an sich sehen. Im Rahmen von Wahnideen und Verfolgungswahn sind die Betroffenen von ihrer Wirklichkeit und dem was sie sehen, hören und fühlen, überzeugt. Sie versuchen sich das Erlebte zu erklären, beispielsweise durch Telepathie oder Radiowellen und leiden dadurch oft unter Angst, Panik und Niedergeschlagenheit. Die Erkrankten verlieren ihren Antrieb und kommen den persönlichen und sozialen Pflichten nicht mehr nach, vernachlässigen sich selber und brechen soziale Kontakte ab. Vor allem vor einer Diagnose können Aussenstehende das veränderte Verhalten nur schwer nachvollziehen und reagieren oft mit Unverständnis. Für die Betroffenen ist dies häufig mit Konflikten, Freundschaftsabbrüchen sowie Wohnungs- und Arbeitsplatzverlust verbunden. Die Situation spitzt sich allmählich zu, es folgt ein psychischer Zusammenbruch, wodurch oft erst eine Diagnose sowie eine adäquate Behandlung ermöglicht werden. Eine schizophrene Erkrankung betrifft den Kern einer Persönlichkeit und geht mit vielen Veränderungen im psychosozialen Beziehungsgeflecht einher. Lediglich mit einer Therapie ist den Betroffenen daher nicht geholfen, sie benötigen Unterstützung in vielen Lebensbereichen (Finzen, 2016, S. 25-27). Kennzeichnend für die schizophrene Erkrankung ist die mangelnde Krankheitseinsicht der Betroffenen. Für sie ist es nur schwer verständlich, dass ihre Wirklichkeit, von dem was sie überzeugt sind, krankhaft sein soll (Finzen, 2016, S. 197).

Bleuler unterschied grundsätzlich zwischen Grundsymptomen und zusätzlichen, sogenannten akzessorischen Symptomen sowie intakten Funktionen. Finzen (2016) orientierte sich an dieser Einteilung und passte sie an (S. 67).

Grundsymptome

Formale Denkstörungen	Zerfahrenheit, Sperrung des Denkens oder Gedankenabreissen, gemachte Gedanken oder Gedankenentzug, Begriffszerfall, Kontaminationen
Störungen der Affektivität	Inadäquate Affektivität, Ambivalenz, Instabilität der Stimmungslage, mangelnder Kontakt, affektive Steifigkeit, Verflachung, Gefühlseinbrüche, Verlust der emotionalen Schwingungsfähigkeit, ekstatische Stimmung mit Glücksgefühl und Entrücktheit, Ratlosigkeit, erlebte Gefühlsverarmung, depressive Verstimmung
Ich-Störungen	Desintegration von Denken, Fühlen, Wollen, Handeln. Autismus, Entfremdungserlebnisse, Verlust der Meinhaftigkeit, häufig verbunden mit dem Erleben des von aussen Gemachten und der Beeinflussung von Fühlen, Wollen und Denken

Tabelle 1: Grundsymptome (eigene Darstellung auf der Basis von Finzen, 2016, S. 66-67)

Akzessorische Symptome

Wahn	Verfolgung, Beeinträchtigung, Vergiftung, Berufung und Grösse
Halluzinationen	Stimmen
Katatone Symptome	Störungen der Motorik und des Antriebs: Stupor, Katalepsie, psychomotorische Unruhe und katatone Erregungszustände, Bewegungstereotypien, Negativismus und Befehlsautomatie

Tabelle 2: Akzessorische Symptome (eigene Darstellung auf der Basis von Finzen, 2016, S. 67)

Bei schizophrenen Erkrankungen wird zwischen positiver und negativer Symptomatik unterschieden. Positive Symptome wie beispielsweise Halluzinationen und Wahnvorstellungen treten vermehrt in akuten Phasen auf. Negative Symptome wie etwa Zurückgezogenheit oder Emotionslosigkeit zeigen sich häufig während subakuten Phasen (Ludewig et al., 2015, S. 600).

2.2.2 Diagnostik

Eine Diagnose kann eine Entlastung sein, zugleich aber auch Angst und Unverständnis auslösen. Für eine erfolgreiche Therapie ist eine richtige Diagnose unabdingbar. Oftmals wird eine Diagnose aus dem schizophrenen Formenkreis spät oder gar nicht gestellt. Trotz vorhandenen Symptomen, werden diese bagatellisiert oder andere Diagnosen gestellt (Finzen, 2016, S. 83-84). Heinz Häfner (2010) verdeutlicht, dass schizophrene Erkrankungen nicht durch einen körperlichen Befund oder einen biologischen Test diagnostiziert werden, sondern auf der Erlebnis- und Verhaltensebene zum Vorschein kommen (S. 20).

Die modernen Klassifikationssysteme, ICD-10 und DSM-V, bestehen aus einem Kriterienkatalog mit spezifischen Symptomen, welche in bestimmten Zeitfenstern auftreten, die nachfolgend zu einer Diagnose kumuliert werden. Die Grundlage dieser Kriterienkataloge sind keine Naturgesetze, sondern bilden lediglich Beschreibungen. Zwar haben die Klassifikationssysteme zu einer einheitlichen Diagnostik verholfen, jedoch wird beim psychopathologischen Befund der biografischen Entwicklung zu wenig Beachtung geschenkt, wobei auch die Mitwirkung der Betroffenen und ihren Angehörigen oft vernachlässigt wird. Aufgrund dieser reduktionistischen Sichtweise besteht ein Risiko für Fehldiagnosen, da einschneidende biografische Veränderungen oder Veränderungen des Verhaltens viel Aufschluss über die Erkrankung geben könnten. Psychiatrische Symptome können nicht objektiv beschrieben werden, sondern werden erst durch die Beobachtung des Verhaltens oder durch Mitteilung der Betroffenen über ihr subjektives Erleben erkennbar (Finzen, 2016, S. 83-88).

Im ICD-10 werden Schizophrenien unter dem Punkt «F2 Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen» geführt, wobei das Klassifikationssystem weitere neun Erscheinungsformen abbildet:

- F20.0 paranoide Schizophrenie
- F20.1 hebephrene Schizophrenie
- F20.2 katatone Schizophrenie
- F20.3 undifferenzierte Schizophrenie
- F20.4 postschizophrene Depression
- F20.5 schizophrene Residuum
- F20.6 Schizophrenia simplex
- F20.8 sonstige Schizophrenie
- F20.9 Schizophrenie, nicht näher bezeichnet

(Horst Dilling & Harald J. Freyberger, 2016, S. 91).

2.2.3 Ursachen

Erkrankt jemand an Schizophrenie, dann ist vor allem in westlichen Gesellschaften die Frage nach der Schuld sehr zentral. Als erstes wird oft die Ursache in der Familie sowie in der Erziehung gesucht. Nach heutigem Wissensstand findet sich jedoch kein Anhaltspunkt dafür, dass Fehler in der Erziehung oder ein bestimmter Erziehungsstil zu schizophrenen Erkrankungen führen. Die weit verbreitete Annahme, dass die Ursache der Erkrankung auf die individuelle Erziehungspraxis zurückzuführen ist, kann relativiert werden. Die Verteilung der Krankheit ist weltweit ungefähr gleich, obwohl kulturell bedingt grosse Unterschiede in der Erziehung bestehen. Vielmehr sind es biologische, psychologische und soziale Einflussfaktoren, die im Zusammenspiel eine erhöhte Vulnerabilität ergeben und so eine Erkrankung begünstigen können. Bisweilen gibt es keine Erklärung dafür, dass ein einzelner Faktor zur Erkrankung führt (Finzen, 2016, S. 49-52). Die Ursachen der Erkrankung sind nach wie vor Gegenstand aktueller Forschungen (Finzen, 2016, S. 121).

2.2.4 Behandlung

Im Vergleich zu körperlichen Krankheiten fällt es Menschen, die psychisch erkrankt sind, oft schwer, diese auch als Krankheit zu akzeptieren und zu verstehen. Oftmals sind die Krankheiten nicht trennscharf voneinander zu unterscheiden. Häufig sind sich Fachpersonen und Laien nicht einig über Ursache und Behandlungsnotwendigkeit der Krankheit. Bevor professionelle Behandlungsmethoden unternommen werden, probieren sich Betroffene oftmals in Selbstbehandlungsversuchen, indem sie mit

Cannabis, Halluzinogenen oder anderen Drogen experimentieren (Finzen, 2016, S. 36-37). Eine schizophrene Erkrankung verändert den ganzen Menschen und um grössere Beeinträchtigungen abzuwenden, ist eine möglichst frühzeitige Behandlung angezeigt. Bevor jedoch eine schizophrene Erkrankung adäquat behandelt werden kann, braucht es eine eindeutige Diagnose. Oft vergehen aber einige Jahre zwischen den ersten Anzeichen und dem Behandlungsbeginn, da die Symptome vielfach als unspezifisch wahrgenommen werden und anderen Krankheiten zugeordnet werden können (Finzen, 2016, S. 57-59). Bei fehlenden, eindeutigen psychotischen, Symptomen kann allenfalls eine Neuroleptikabehandlung in Betracht gezogen werden. Spricht die betroffene Person darauf an, so ist eine Diagnose wahrscheinlicher (Finzen, 2016, S. 63).

In der Gesellschaft herrscht nach wie vor weitgehend das Vorurteil, dass Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis nicht behandelbar sind, wodurch die Therapie in vielerlei Hinsichten behindert wird. In der Behandlung lassen sich Betroffene in etwa drei Gruppen einteilen: Bei einem Drittel heilt die Krankheit, mit oder ohne Behandlung aus, bei einem weiteren Drittel nimmt die Erkrankung bei adäquater Behandlung einen günstigen Verlauf. Und beim letzten Drittel handelt es sich um schwere psychotische Leiden. Hierbei kann den Betroffenen vor allem geholfen werden, indem die Symptome gelindert werden und ihnen Unterstützung geboten wird, mit der Krankheit umzugehen sowie damit zu leben (Finzen, 2016, S. 145). In etwa zwei Drittel aller Fälle ist mit einem Rückfall zu rechnen. Dieser kann auch Jahre später in Erscheinung treten (Finzen, 2016, S. 103).

Die Behandlungsmethoden konzentrieren sich auf Medikamente, Psychotherapie sowie Milieu- oder Soziotherapie. Vor allem in der akuten Krankheitsphase haben Medikamente einen hohen Stellenwert und zielen darauf ab, die Betroffenen von ihrer Angst zu entlasten und haben eine beruhigende Wirkung. Oft sind die Medikamente jedoch mit Nebenwirkungen verbunden, wobei die Vor- und Nachteile gegeneinander abgewogen werden müssen. Eine medikamentöse Behandlung kann über längere Zeit auch eine sinnvolle Rückfallprophylaxe sein. Während eine Psychotherapie in akuten Phasen eher begleitend zu den Medikamenten wirkt, kann sie beim Abklingen dieser akuten Episode den Betroffenen helfen, das Krankheitserleben und deren Folgen zu bewältigen sowie um ihre Lebenssituation zu klären. In der Milieu- und Soziotherapie werden vielfältige Massnahmen zusammengefasst, um den Betroffenen beispielsweise soziale Unterstützung zu bieten und ihnen die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu ermöglichen. Da das Krankheitsbild sehr vielfältig ist, muss die individuelle Behandlung der jeweiligen Phase, der Ausprägung sowie der Symptomatik angepasst werden (Finzen, 2016, S. 146-147). Weitere Behandlungsformen bei schizophrenen

Erkrankungen sind beispielsweise Verhaltenstherapien, Musiktherapien, Ergotherapien sowie Familientherapien (Volker Arolt, Christian Reimer & Horst Dilling, 2011, S. 148). Während der gesamten Behandlung ist die Kooperation zwischen den Fachpersonen und den Betroffenen unabdingbar (Finzen, 2016, S. 148). Die erkrankte Person soll aktiv mitwirken bei der Wahl der geeigneten Therapie, um in einer vertrauensvollen Beziehung einen bestmöglichen Behandlungserfolg zu erreichen (Finzen, 2016, S. 151). Beim Ausbleiben einer kompletten Genesung ist die Langzeitprognose dennoch nicht schlecht, sofern alle Möglichkeiten zur Behandlung und zur Rehabilitation ausgeschöpft werden (Finzen, 2016, S. 107).

2.2.5 Gewalt, Suizid und Zwangsbehandlung

Menschen, die an schizophrenen Psychosen leiden, haben ein erhöhtes Risiko für Selbst- und Fremdgefährdung, da die Krankheit oft eine realitätsgerechte Auseinandersetzung mit erlebten Eindrücken beeinträchtigt. Das Gefährdungsrisiko steigt, wenn sich die Betroffenen aufgrund ihres Krankheitserlebens zur aktiven «Selbstverteidigung» gedrängt sehen. Um die Angst zu dämpfen, werden häufig Alkohol, Drogen oder Medikamente konsumiert, was das Risiko einer Gefährdung, aufgrund der beeinträchtigten Realitätseinschätzung, zusätzlich erhöht. Untersuchungen haben gezeigt, dass eine frühzeitige Behandlung oftmals die wirksamste Prävention gegen Gewalt ist (Finzen, 2016, S. 212-213). Ein häufiges Begleitphänomen der Erkrankung ist die Suizidgefährdung, wobei bei langzeit-erkrankten Personen mindestens die Hälfte bereits einen Suizidversuch unternommen hat. Eine akute Gefährdung kann zu einer Klinikeinweisung führen, auch gegen den Willen der betroffenen Person. Die Behandlung der Psychose sowie eine längerfristige psychotherapeutische Unterstützung dienen unter anderem als Suizidprävention. Nicht jeder Suizid kann abgewandt werden, auch wenn die Therapie erfolgversprechend erscheint (Finzen, 2016, S. 211-212).

Eine Zwangsbehandlung ist dann angezeigt, wenn keine Alternative in Frage kommt, ausser gegen den Willen der betroffenen Person zu handeln. Dies kann in Situationen auftreten, in welcher die Betroffenen aufgrund ihres Krankheitserlebens aus Angst keinen anderen Ausweg mehr sehen oder diese verkennen und sich selbst oder Dritte dadurch in Gefahr bringen. Für Angehörige ist es schwierig tatenlos zuzusehen im Wissen, dass die betroffene Person Hilfe benötigt. Vor allem wenn Angehörige die Zwangsbehandlung veranlasst haben, leiden sie oft unter Schuldgefühlen und zu Beginn auch unter Vorwürfen der erkrankten Person (Finzen, 2016, S. 216-218).

Wie Hafen (2014) zum Ausdruck bringt, kann zusammenfassend festgehalten werden, dass weder eine absolute Krankheit noch eine absolute Gesundheit existiert, sondern sich diese wechselseitig ergänzen (S. 111).

Das Kapitel 2 liefert zusammen mit dem Kapitel 3 wesentliche Grundlagen für die darauf aufbauenden Kapitel. Im folgenden Kapitel wird die elterliche Erziehungsfähigkeit genauer beleuchtet.

3 Elterliche Erziehungsfähigkeit

Der Begriff «Erziehungsfähigkeit» wird oftmals mit richterlichen Entscheiden sowie Gutachten der Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde (KESB) in Verbindung gebracht. Da im Gesetz keine konkrete Begriffsdefinition vorliegt, stützen sich die Autorinnen im Rahmen dieser Arbeit auf Definitionen aus der Erziehungswissenschaft, der Familienrechtspsychologie sowie des Kinderschutzes.

3.1 Definition

Erziehung ist ein Grundbegriff der Erziehungswissenschaft, der alltags-sprachlich einen auf die Veränderung des menschlichen Individuums bezogenen, lebensweltlich z.B. durch Eltern oder beruflich durch Pädagogen [sic!] gesteuerten, aber auch als Selbsterziehung analysierten Prozess bezeichnet. In der Erziehungswissenschaft existiert keine einheitliche und allseits anerkannte Theorie der Erziehung, nicht einmal immer eine präzise Abgrenzung zu Bildung oder Sozialisation. (Gisela Miller-Kipp & Jürgen Oelkers, 2012, S. 204)

Wie aus der oben genannten Definition hervorgeht, kann «Erziehung» nicht abschliessend und allgemeingültig definiert werden. Im Folgenden soll der Begriff «Erziehungsfähigkeit» genauer betrachtet werden. Mögliche Annäherungen liefern beispielsweise Harry Dettenborn und Eginhard Walter (2016), indem sie innerhalb der Familienrechtspsychologie zentrale Themen wie Funktionen und Strukturen von Familien, Familienentwicklungen, Kommunikation innerhalb von Familien sowie Familienerziehung beleuchten. Unterschiedliche Formen von Elternschaft sowie Schnittstellen zwischen Familienbeziehungen und individueller Entwicklungen werden berücksichtigt. Familiäre Belastungssituationen können Verhaltensauffälligkeiten auslösen, wobei diese einzelnen Mitgliedern der Familie die Teilhabe am sozialen Leben einschränken können (S. 21). Gemäss Sigrun Schmidt-Traub (2015) wünschen sich Kinder liebevolle Eltern, welche sie herzlich und konsequent erziehen sowie ihnen Sicherheit und Geborgenheit vermitteln. Wenn sich Kinder herausfordernd verhalten, fällt es Eltern oftmals nicht leicht, deren Bedürfnisse vollumfänglich zu erfüllen. Weisen

Eltern selber ein schwieriges Temperament auf, kann dies dazu beitragen, dass die Kinder Verhaltensauffälligkeiten entwickeln (S. 18). Zugleich können gesundheitliche, finanzielle oder persönliche Probleme zu Belastungsfaktoren in einer Familie werden. Solche Belastungen können sich negativ auf das Wohlbefinden der Eltern auswirken und dadurch deren Erziehungsverhalten beeinflussen. Verhalten sich Eltern ihren Kindern gegenüber gereizt, inkonsequent oder unberechenbar, können die Kinder verunsichert oder aggressiv darauf reagieren oder sie ziehen sich möglicherweise ganz zurück. Besonders empfindsame Kinder können dadurch psychische Auffälligkeiten entwickeln. Dieser Umstand wirkt sich belastend auf die Eltern aus und kann eine Überforderung auslösen (Schmidt-Traub, 2015, S. 21).

Ludewig et al. (2015) beschreiben Erziehungsfähigkeit als die grundlegende Kompetenz eines Elternteils die körperlichen und emotionalen Bedürfnisse ihres Kindes zu erkennen sowie adäquat auf diese einzugehen, um das Kind zu versorgen und zu betreuen. Es werden insgesamt fünf konkrete Kompetenzen von Eltern erwartet, um die Bedürfnisse ihrer Kinder zu erkennen. Zum einen sollten Eltern die Fähigkeit besitzen, als Bindungsperson für das Kind zu agieren. Zum anderen sind Bedürfnisse und Signale der Kinder zu erkennen, um adäquat auf diese zu reagieren. Des Weiteren sollten Eltern fähig sein, ihren Kindern Werte und Regeln zu vermitteln sowie dem Kind Wertschätzung zu zeigen und es nicht abzulehnen. Als fünften Punkt nennen sie die Fähigkeit, dem Kind in der Erziehung, in Beziehungen und dem Umfeld Kontinuität zu ermöglichen. Somit kann zusammenfassend festgehalten werden, dass die Erziehungsfähigkeit dann gegeben ist, wenn die kindlichen Bedürfnisse durch die Eltern oder den Elternteil ausreichend und angemessen erfüllt werden. Die Erziehungsfähigkeit lässt sich nicht pauschal als erfüllt oder nicht erfüllt beantworten, sie stellt eher ein Kontinuum dar (S. 574-575).

3.2 Erziehungskompetenz

Klaus A. Schneewind und Beate Böhmert (2010) charakterisieren die Erziehungskompetenz von Eltern anhand von drei Schlüsselfunktionen:

Elterliche Wertschätzung

- Die Eltern anerkennen ihr Kind in dessen Einmaligkeit.
- Sie behandeln es in allen Situationen mit Respekt.
- Das Kind erhält die elterliche Unterstützung und Hilfe, wann immer es diese benötigt.
- Die Eltern unternehmen gemeinsame Aktivitäten mit dem Kind.

Fordern und Grenzsetzen

- Die Eltern trauen ihren Kindern etwas zu, fordern sie, was diese in ihrer Entwicklung voranbringt.
- Konflikte sollten nicht vermieden, sondern konstruktiv ausgetragen werden.
- Die Eltern haben ihre eigene Meinung und können diese adäquat vertreten.
- Klare Grenzen setzen und diese auch einhalten, unter Beachtung des jeweiligen Entwicklungsstandes des Kindes.

Gewähren und Fördern von Eigenständigkeit

- Die Eltern nehmen die Kinder mit ihren individuellen Ansichten und Bedürfnissen ernst.
- Die Bereitschaft für Gespräche und Kompromisse ist vorhanden.
- Den Kindern werden eigene Entscheidungen ermöglicht, dies stärkt die Selbstverantwortlichkeit und Entscheidungsfähigkeit.
- Die Eltern ermöglichen den Kindern eigene Erfahrungen zu machen

(S. 35-36).

Nachfolgend wird näher auf das Thema «Bindung» eingegangen, da dies ebenfalls ein Bestandteil der elterlichen Erziehungsfähigkeit ist.

3.3 Bindungstheorie und Bindungsverhalten

John Bowlby (1907-1990), ein englischer Psychiater und Psychoanalytiker, war einer der Begründer der Bindungstheorie. Er setzte besonders auf wissenschaftliche Theorien und verknüpfte diese mit beobachtbaren und überprüfbaren Aspekten. Mary Ainsworth (1913-1999), welche ab 1950 zum Forschungsteam von Bowlby gehörte, gelang schliesslich die praktische Umsetzung der Bindungstheorie (Klaus E. Grossmann & Karin Grossmann, 2015, S. 7-8). Die Bindungstheorie zählt zu den empirisch am besten belegten Theorien über die psychische Entwicklung des Menschen. Bowlby erachtet die Bindung zwischen dem Säugling und der Mutter als System, welches sich wechselseitig bedingt und reguliert, wobei er Bindung als einen Teilaspekt des Beziehungssystems sieht. Die Bindungsqualität, welche sich primär in den ersten Lebensmonaten des Säuglings entwickelt, ist keine feste Grösse, sondern kann sich während des Lebens verändern (Karl Heinz Brisch, 2015, S. 34-35). Albert Lenz (2014) bezeichnet das Band zwischen dem Kind und seinen primären Bindungspersonen, in den meisten Fällen den Eltern, als einmalig. Er beschreibt dieses Gefühlsband zwischen Mutter und Kind oder Vater und Kind als besonders einzigartig und langanhaltend, auch wenn diese über längere Zeit örtlich getrennt sind

(S. 190). Bowlby definiert Bindungsverhalten als angeborenen Mechanismus, bei welchem das Kind Nähe und Schutz bei seiner Bezugsperson sucht. Diese Funktion ist für den Säugling überlebenswichtig. Das Bedürfnis nach Nähe und Sicherheit tritt bei äusseren oder inneren wahrgenommenen Gefahren auf, wobei unangenehme Begleiterscheinungen wie Angst, Müdigkeit oder Krankheit auftreten können (Bowlby, 1982; zit. in Lenz, 2014, S. 190-191).

Bei Erfüllung der Bindungsbedürfnisse des Kindes wird das Bindungsverhaltenssystem deaktiviert und komplementär dazu das Explorationssystem aktiviert (Bowlby, 2008; zit. in Lenz, 2014, S. 191). Gemäss Grossmann und Grossmann (2015) dient das Explorationssystem des Kindes nicht nur dessen Interesse an der Erkundung seiner Umwelt mit all seinen Sinnen, sondern auch der Gewinnung von Wissen über die Umwelt und den Personen, welche sich darin befinden. Es geht darum, dass das Kind Fähigkeiten erlernt, welche es ihm erlauben, mit all den möglichen Anforderungen zurechtzukommen und ein Verständnis für das Funktionieren der Welt zu entwickeln (S. 380). Grundsätzlich werden vier verschiedene Formen der Bindung unterschieden:

Die sichere Bindung (B)

In Stress- oder Belastungssituationen gehen sicher gebundene Kinder auf die Bindungsperson zu, um Nähe und Kontakt zu suchen oder mit ihr zu interagieren. Sie machen die Erfahrung, dass ihre emotionalen Bedürfnisse von der Bindungsperson befriedigt werden. Daher entwickeln Kinder die Fähigkeit, die Nähe zur Bindungsperson so einzuschätzen, dass sie sich zwar der Verfügbarkeit des Anderen bewusst sind, gleichzeitig bleibt beiden die Freiheit und die Unabhängigkeit erhalten (Gabriele Gloger-Tippelt & Lilith König, 2009; zit. in Lenz, 2014, S. 196).

Die unsicher-vermeidende Bindung (A)

Unsicher-vermeidend gebundene Kinder haben Erfahrungen von Ablehnung und Zurückweisung mit ihrer Bindungsperson gemacht, als sie Nähe und Schutz bei dieser suchten. Gefühle werden nicht gezeigt oder durch Ablenkungen überspielt (Lotte Köhler, 1998; zit. in Lenz, 2014, S. 196).

Die unsicher-ambivalente Bindung (C)

Unsicher-ambivalent gebundene Kinder haben aufgrund ihrer Erfahrungen mit ihrer Bindungsperson keine Gewissheit darüber, ob sie Nähe und Zuwendung erhalten, da deren Verhalten unberechenbar ist. Sie haben sowohl sehr positive als auch äusserst negative Erfahrungen gemacht. Aus Unsicherheit möchten sie sich stets der Nähe und

Verfügbarkeit der Bindungsperson sicher sein und haben daher kein Explorationsverhalten, da ihr Bindungssystem immer aktiviert ist (Köhler, 1998; zit. in Lenz, 2014, S. 197).

Die unsicher-desorganisierte Bindung (D)

Infolge angstauslösender Interaktionen mit der Bindungsperson haben unsicher-desorganisiert gebundene Kinder keine Strategie (Lenz, 2014, S. 197). Es kann so weit gehen, dass es zu Rollenverzerrungen kommt und das Kind die Verantwortung für die Bindungsperson übernimmt (Carol George & Judith Solomon, 2008; zit. in Lenz, 2014, S. 198).

Psychosoziale Belastungen der Eltern wie Arbeitslosigkeit, Armut, Eheprobleme oder deren psychische Erkrankungen begünstigen das Auftreten eines unsicheren oder desorganisierten Bindungsmusters bei Kindern. Aufgrund des beeinträchtigten elterlichen Fürsorgeverhaltens entwickeln Kinder psychisch kranker Eltern besonders oft desorganisierte Bindungsverhaltensweisen (Lenz, 2014, S. 198). Ainsworth gilt als Entwicklerin des Konzepts der Feinfühligkeit. Sie untersuchte unter anderem bei Hausbesuchen in Uganda das Pflegeverhalten von Müttern und deren Säuglingen und führte später eine Längsschnittstudie in Baltimore mit einer kleinen Gruppe von 23 Kindern durch. Sie beobachtete das Interaktionsverhalten der Mütter mit ihren Säuglingen und stellte dabei fest, dass bei Trennung der Mutter, der sogenannten «Fremden Situation», die Kinder von feinfühligen Müttern öfter das Verhaltensmuster einer sicheren Bindung hatten. Umgekehrt zeigte sich, dass Kinder weniger feinfühlicher Mütter, ein unsicheres Bindungsmuster aufwiesen (Mary Ainsworth, Mary C. Blehar, Everett Waters & Sally N. Wall, 1978; zit. in Brisch, 2015, S. 44-45). Gemäss Ainsworth lassen sich die folgenden Verhaltensweisen als feinfühliges Pflegeverhalten bezeichnen:

- Die Mutter soll in der Lage sein, die Signale des Kindes aufmerksam wahrzunehmen. Eigene Bedürfnisse oder Befindlichkeiten können die Aufmerksamkeit beeinflussen und die Wahrnehmung verzögern.
- Die Signale des Säuglings sollen richtig gedeutet werden. Beispielsweise muss die Mutter erkennen, ob das Kind aufgrund von Hunger, Unwohlsein, Schmerzen oder anderer Gründe weint. Hier besteht die Gefahr von Fehlinterpretationen der kindlichen Bedürfnisse.

- Eine adäquate Reaktion auf die Signale des Säuglings ist angezeigt. Soll das Kind beruhigt werden oder sollen Anreize zum Spielen geschaffen werden. Die Mutter-Kind-Interaktion soll nicht durch Unter- oder Überstimulation belastet werden.
- Die Reaktion auf die kindlichen Signale sollte innerhalb einer angemessenen Zeitspanne erfolgen

(Ainsworth, 2003; zit. in Brisch, 2015, S. 45).

Das Bindungsverhalten ist in der Kindheit besonders deutlich zu erkennen, hat aber einen wesentlichen Einfluss auf die weitere psychosoziale Entwicklung eines Individuums. Das Bindungsverhaltenssystem ist gemäss der Bindungstheorie während des gesamten Lebens aktiv (Roland Schleiffer, 2015, S. 43).

3.4 Kindliche Bedürfnisse

Je nach Alter haben Kinder unterschiedliche Bedürfnisse, welche zur Erfüllung einer gesunden Entwicklung befriedigt werden sollten. Zu den altersübergreifenden Grundbedürfnissen zählen:

- körperliche Unversehrtheit
- Sicherheit
- Regulation (z.B. schreien, füttern, schlafen)
- verlässliche und liebevolle Beziehungen
- das Ermöglichen von Erfahrungen, welche dem Entwicklungsstand des Kindes angemessen sind und dessen individuelle Persönlichkeit berücksichtigen
- Grenzen und Strukturen
- stabile, unterstützende Gemeinschaften und kulturelle Kontinuität

(Andrea Hauri & Marco Zingaro, 2013, S. 9).

Martin Inversini (2002) fasst fünf psychosoziale Grundbedürfnisse, welche durch zahlreiche Forschungen belegt wurden und für eine gesunde Entwicklung eines Kindes unerlässlich sind, zusammen:

- das Bedürfnis nach Liebe und Geborgenheit
- das Bedürfnis nach Lob und Anerkennung
- das Bedürfnis nach neuen Erfahrungen
- das Bedürfnis nach Verantwortung und Selbstständigkeit
- das Bedürfnis nach Übersicht und Zusammenhang

Damit diese Bedürfnisse befriedigt werden können, ist das Erfüllen von biologischen Grundbedürfnissen, wie beispielsweise Wasser, Nahrung und Atemluft, eine wichtige Voraussetzung (S. 53). Thomas Berry Brazelton und Stanley I. Greenspan (2008) unterscheiden sogar sieben kindliche Grundbedürfnisse:

Das Bedürfnis nach beständigen liebevollen Beziehungen:

- Zu mindestens einer Betreuungsperson in einer stabilen, emotional warmen Beziehung stehen.
- Beziehungen fördern Intimität und Wohlbefinden und sie vermitteln Sicherheit

(S. 31-32).

Das Bedürfnis nach körperlicher Unversehrtheit, Sicherheit und Regulation

- Schutz vor Gefahren (Giftstoffe, Alkohol, Drogen etc.)
- Grundsicherheit muss gegeben sein

(Brazelton & Greenspan, 2008, S. 141-142).

Das Bedürfnis nach Erfahrungen, die auf individuelle Unterschiede zugeschnitten sind

- Das Kind soll Erfahrungen machen, welche seinem individuellen Entwicklungsstand und seinen spezifischen Eigenschaften entsprechen.
- Die Besonderheiten des Kindes sollten anerkannt werden

(Brazelton & Greenspan, 2008, S. 147-148).

Das Bedürfnis nach entwicklungsgerechten Erfahrungen

- Kinder durchleben verschiedene Entwicklungsstufen, auf jeder einzelnen ist es wichtig, dass sie bestimmte Erfahrungen machen.
- Gewisse Voraussetzungen und Anreize seitens der Betreuungspersonen ermöglichen es dem Kind eigene Erfahrungen zu machen

(Brazelton & Greenspan, 2008, S. 203).

Das Bedürfnis nach Grenzen und Strukturen

- Grenzen und Strukturen müssen auf Zuwendung und Fürsorge der Betreuungspersonen aufbauen.
- Regeln, die Zuhause erlernt werden, können auch in anderen Kontexten wichtig sein, beispielsweise in der Schule oder im Umgang mit Freunden

(Brazelton & Greenspan, 2008, S. 247-248).

Das Bedürfnis nach stabilen, unterstützenden Gemeinschaften und nach kultureller Kontinuität

- Die elementaren Bedürfnisse stehen in direktem Zusammenhang mit sozialen Gemeinschaften und unterschiedlichen Kulturen, daher ist eine stabile Familie sowie ein kulturelles Netzwerk eine wichtige Voraussetzung zu deren Erfüllung.
- Kinder sollen einerseits die eigenen kulturellen Besonderheiten anerkennen und gleichzeitig eine Offenheit für andere kulturelle Eigenheiten, beispielsweise eine neue Sprache, haben

(Brazelton & Greenspan, 2008, S. 269-271).

Das Bedürfnis nach einer gesicherten Zukunft

- Politische und rechtliche Bestimmungen sollten für eine sichere Zukunft sorgen, damit beispielsweise Hungersnöte oder tödliche Krankheiten bekämpft werden.
- Die Befriedigung der Grundbedürfnisse (körperliche, soziale, emotionale und intellektuelle) ist eine wichtige Voraussetzung für den Fortbestand des menschlichen Lebens

(Brazelton & Greenspan, 2008, S. 295-296).

Die Erfüllung der kindlichen Bedürfnisse steht in unmittelbarem Zusammenhang mit dem Kindeswohl, welches im Anschluss betrachtet wird.

3.5 Kindeswohl

In den unterschiedlichsten Berufsgruppen finden sich die Begriffe «Kindeswohl» und «Kindeswille» wieder, seien es Fachpersonen aus den Bereichen Psychologie, Jugendhilfe, Recht oder Beratende sowie Mediatorinnen und Mediatoren. Jedoch werden die Definitionen unterschiedlich gemacht. Das Recht behilft sich, indem es die beiden Begriffe zu unbestimmten Rechtsbegriffen macht, was wiederum bedeutet, dass jeder einzelne Fall individuell betrachtet werden muss, um eine Konkretisierung vornehmen zu können. Gesellschaftliche Werte können einen Einfluss auf diese Auslegung haben (Dettenborn, 2010, S. 10). Hauri und Zingaro (2013) schreiben den Begriffen Kindeswohl und Kindeswohlgefährdung eine grosse Bedeutung zu, da diese wörtlich in den Schweizer Gesetzen vorkommen (S. 9). Gemäss Dettenborn (2010) ist der Begriff Kindeswohl kein empirischer Begriff, sondern ein hypothetisches Konstrukt, welches sich auf Alltagstheorien stützt. Gleichwohl sucht die Rechtspraxis nach empirischen Bezügen, die sich in der Praxis umsetzen lassen. Diese divergierenden Ansprüche führen zu Dilemmata und Widersprüchen, was zu unterschiedlichen Reaktionen und Definitionen des Begriffs Kindeswohl führt (S. 49). Das Kindeswohl ist

ein unbestimmter Rechtsbegriff, dennoch ist es ein verbindlicher Grundsatz für die Anwendung des Rechts, die Ausübung der elterlichen Sorge sowie das Handeln von Fachpersonen, Behörden und Institutionen gegenüber Kindern und Jugendlichen und muss im Einzelfall konkret ausgearbeitet werden. Das Kindeswohl umfasst alle Aspekte der Persönlichkeit, das körperliche, das soziale, das emotionale, das kognitive und das rechtliche Wohlergehen des Kindes sind im Begriff enthalten (Christoph Heck, 2016, S. 93). Dettenborn (2010) rät dazu, als Kindeswohl eine optimale Verbindung zwischen der individuellen Bedürfnislage und den Lebensbedingungen des Kindes oder Jugendlichen für dessen Persönlichkeitsentwicklung zu verstehen (S. 61).

Inversini (2002) weist darauf hin, dass der Kindeswille, welcher den subjektiven Willen des Kindes meint und das Kindeswohl nicht übereinstimmen müssen. Das Kindeswohl kann als eine Idee von einem guten und gelingenden Leben angesehen werden, in welchem sowohl das individuelle Wohlergehen gesichert ist, als auch das gesellschaftliche Wohl gewahrt bleibt oder zumindest einen gewissen Nutzen aufweist. Das Kindeswohl dient als Leitidee für die Gegenwart und im Hinblick auf die Entwicklung des Kindes, auch auf dessen Zukunft. Folglich ist das Kindeswohl besonders schützenswert und ist stets zu erhalten und zu fördern (S. 49). Unter Kindeswille versteht Dettenborn (2010) die autonome, dem Alter entsprechende Orientierung des Kindes auf angestrebte, als individuell bedeutsam erachtete, Zielzustände (S. 66). Einerseits kann das Kindeswohl nicht gegen den Kindeswillen sichergestellt werden und andererseits kann die gänzliche Umsetzung des Kindeswillens dem Kindeswohl schaden. Um das Kindeswohl zu gewährleisten, sollte es prinzipiell so gehandhabt werden, dass so viel Kindeswille wie möglich akzeptiert wird und so viel staatlicher Eingriff wie nötig durchgeführt wird (Dettenborn, 2010, S. 82-83). Im Kinderschutz können drei Kategorien von erstrebenswerten Wirkungen unterschieden werden:

- **Das Kindeswohl schützen**

Das Kind soll vor schädigenden Einflüssen auf sein Wohlergehen geschützt werden, die Gefährdung soll reduziert oder gänzlich behoben werden.

- **Das Kindeswohl sichern**

Das Kind soll vor Gefährdungen geschützt werden, wirkungsvolle Leistungen sollen dem Kind helfen, sein Wohlergehen zu fördern und zu bewahren.

- **Das Kindeswohl fördern**

Eine nachhaltige Verbesserung und Förderung des Wohlergehens des Kindes, soll mittels wirkungsvollen Leistungen erzielt werden, welche über die Sicherung des Wohlergehens hinausgehen und das Kindeswohl somit verbessern

(Daniel Rosch & Andrea Hauri, 2016b, S. 416-417).

Das Kindeswohl ist gewährleistet, wenn nach fachlicher Einschätzung der Bedarf und die subjektiven Bedürfnisse von Kindern in ihrem Leben angemessen erfüllt sind. Das Ziel ist nicht zwingend eine bestmögliche Variante, sondern die Erfüllung eines Minimums. Die Verantwortung für das Gewährleisten des Kindeswohls tragen die Sorgeberechtigten. Sollten diese der Verantwortung nicht nachkommen wollen oder dazu nicht in der Lage sein, kann von einer Kindeswohlgefährdung ausgegangen werden (Rosch & Hauri, 2016b, S. 414-415).

Die Autorinnen erachten die Erziehungsfähigkeit als keine klar festgelegte und statische Grösse, sondern befinden diese als ein Zusammenspiel verschiedener Faktoren. Die Erziehungsfähigkeit spielt jedoch eine wichtige Rolle, wenn es um die Gewährleistung des Kindeswohls geht. Im Kapitel 4.2 wird ausführlicher auf die Kindeswohlgefährdung eingegangen.

4 Mögliche Zusammenhänge zwischen der elterlichen Erziehungsfähigkeit und der schizophrenen Erkrankung

Aus diversen Studien geht hervor, dass psychisch erkrankte Eltern ungefähr gleich oft Kinder haben, wie psychisch gesunde Eltern. In durchschnittlich 10 – 20 % der Fälle haben stationär zu behandelnde psychiatrische Patientinnen und Patienten minderjährige Kinder, für deren Versorgung sie verantwortlich sind. Es liegen jedoch keine exakten Zahlen vor, wie viele Kinder gesamthaft bei psychisch erkrankten Eltern aufwachsen, es können lediglich Schätzungen dazu gemacht werden (Fritz Mattejat, 2014, S. 74). Eine Studie von Lenz (2014) zeigte, dass rund 36 % von den 808 erfassten Patientinnen und Patienten mit depressiven oder affektiven Erkrankungen Kinder haben. Im Vergleich dazu haben an einer Psychose erkrankte Menschen lediglich in 23 % der Fälle Kinder (S. 62).

4.1 Krankheitsbedingte Einschränkungen

Wie Alison E. Hipwell und Ramesh C. Kumar in ihrer Studie festgestellt haben, können an Schizophrenie erkrankte Mütter dem Kind in etwa 20 – 30 % der Fälle keine sichere Bindung gewähren (Hipwell & Kumar, 2000; zit. in Lenz, 2008, S. 16). Weiter haben Helmut Remschmidt und Fritz Mattejat herausgefunden, dass besonders wenn die Mutter schizophran erkrankt ist, die Kinder ein vermindertes Identifikationsverhalten ihren Eltern gegenüber haben. Dies ist darauf zurückzuführen, dass die Mutter in diesem Alter eine zentrale Bezugsperson ist und die Erkrankung demnach besondere Auswirkungen nach sich zieht (Remschmidt & Mattejat, 1994; zit. in Lenz, 2008, S. 16).

Schizophren erkrankte Eltern weisen häufig in mehreren Bereichen ihrer erzieherischen Fähigkeiten klare Einschränkungen auf, welche sich negativ auf die kindliche Entwicklung auswirken können. Sie nehmen die Signale des Kindes oft nur verzögert wahr, tendieren zu einer Unter- oder Überstimulation im Umgang mit ihrem Kind und sind für diese emotional kaum oder gar nicht erreichbar. Dabei kann es entweder zu passivem oder aber bevormundendem und überfürsorglichem Verhalten kommen. Während des Krankheitsverlaufs gestaltet sich das elterliche Interaktionsverhalten unstet und ist somit für die Kinder unberechenbar. Der erkrankte Elternteil fokussiert sich vermehrt auf die eigenen Bedürfnisse, wodurch das Verhalten beeinflusst wird, indem beispielsweise abwertende oder negative Äusserungen gegenüber dem Kind gemacht werden (Lenz, 2008, S. 19). Während einer akuten Krankheitsphase ist die elterliche Fähigkeit, als stabile Bindungs- und Vertrauensperson aufzutreten, massgeblich eingeschränkt wobei sie weniger feinfühlig wirken. Die Förderung der kognitiven und sozialen Entwicklung der Kinder kann während einer solchen Phase nicht gewährleistet werden. Im Vergleich zu Eltern, welche nicht an Schizophrenie erkrankt sind, können von der Krankheit betroffene Eltern ihren Kindern weniger Aufmerksamkeit und Förderung bieten (Ludewig et al., 2015, S. 600). Albert Lenz und Eva Brockmann (2013) betonen, dass psychisch erkrankte Eltern ihre Kinder häufig als psychisch belastet wahrnehmen und Verhaltensauffälligkeiten und emotionale Probleme beobachten. Oftmals haben die betroffenen Eltern Angst, dass ihre Erkrankung die kindliche Entwicklung negativ beeinflussen könnte oder die Kinder selber einmal psychisch erkranken (S. 47).

Psychisch erkrankte Eltern weisen im Vergleich zu psychisch gesunden Eltern eine erhöhte Wahrscheinlichkeit auf, elterlichen Stress oder gar eine Überforderung zu erleben. Der Alltag der erkrankten Eltern ist besonders während akuten Krankheitsphasen durch Schuldgefühle, Sorgen oder Ängste geprägt, da sie sich mitunter

Vorwürfe machen, ihre Kinder nicht adäquat versorgen zu können. Diese Angst kann dazu führen, dass die erkrankte Mutter oder der erkrankte Vater im Falle eines stationären Klinikaufenthaltes die Behandlung hinauszögert oder verfrüht abbricht. Den meisten Eltern ist bewusst, dass ihre Erziehungskompetenzen oftmals eingeschränkt sind. Häufig können sie ihren Kindern nicht die erforderliche Aufmerksamkeit und Zuwendung bieten, haben Schwierigkeiten sich durchzusetzen und Grenzen aufzuzeigen. Wenn sich Eltern in einer akuten Krankheitsphase befinden, sorgen sie sich, dass sie ihre Kinder vernachlässigen oder verletzen könnten. Besonders an einer Psychose erkrankte Eltern haben während eines psychotischen Schubs Angst, eine Gefahrenquelle für ihre Kinder zu sein (Lenz, 2014, S. 65).

In einer Befragung von Jutta Kinzel-Senkbeil und Johannes Jungbauer (2016) äusserten an Schizophrenie erkrankte Eltern, dass sie die Beziehung und die emotionale Bindung zu ihren Kindern als besonders bedeutsam erachten. Die Elternrolle bringt eine gewisse Normalität nebst der psychischen Erkrankung mit sich und wird nicht ausschliesslich als Pflicht gegenüber dem Kind wahrgenommen. Der Kontakt und die Nähe zu den Kindern kann im Alltag Orientierung und Struktur geben, welche den betroffenen Eltern Halt vermitteln. Die erkrankten Eltern äusserten aber auch belastende Faktoren hinsichtlich ihrer Erkrankung und Elternschaft. Im Alltag versuchen an Schizophrenie erkrankte Eltern oftmals ihre Kinder so lange wie möglich von ihrer Krankheit abzuschirmen, um sie dadurch zu schützen. Symptome wie Kopfschmerzen oder Stress werden häufig als Vorwand für die eigentliche psychische Erkrankung vorgebracht, um möglichst lange nicht mit den Kindern über die Krankheit sprechen zu müssen. Sie fühlen sich oftmals überfordert mit der Kindererziehung und machen sich Vorwürfe eine schlechte Mutter beziehungsweise ein schlechter Vater zu sein. Folglich haben die Eltern häufig Angst, dass ihnen die Kinder von einer behördlichen Stelle weggenommen werden könnten (S. 214-215).

4.2 Kindeswohlgefährdung

Die oben beschriebenen Ängste der erkrankten Eltern, dass ihnen die Kinder durch einen staatlichen Eingriff weggenommen werden, können in manchen Fällen begründet sein, sofern das Wohl des Kindes nicht mehr gewährleistet werden kann.

Die Begriffe «Kindeswohlgefährdung» und «Kindeswohl» sind unbestimmte Rechtsbegriffe. Sofern das elterliche Verhalten in deutlichem Widerspruch zu den kindlichen Bedürfnissen steht und eine Beeinträchtigung oder Schädigung der kindlichen Entwicklung droht, wird eine Kindeswohlgefährdung angenommen. Bei einer

Kindeswohlgefährdung handelt es sich jedoch nicht um einen eindeutig beobachtbaren Umstand, sondern vielmehr um ein normatives und rechtliches Konstrukt. Der Begriff dient zur Legitimation für staatliche Eingriffe sowie als Bemessungsgrundlage für gerichtliche Massnahmen (Lenz, 2014, S. 44-45).

Im Folgenden werden unterschiedliche Formen von Kindeswohlgefährdungen aufgezeigt.

4.2.1 Vernachlässigung

Von Vernachlässigung wird gesprochen, wenn ein Mindestmass an emotionaler, körperlicher, sozialer und materieller Versorgung des Kindes nicht gewährleistet werden kann. Die Eltern bieten dem Kind beispielsweise keine Zuwendung und Förderung. Des Weiteren kann ein inadäquater Umgang und mangelnde Versorgung an Nahrung und Kleidung sowie unzureichende Schlafregulation vorliegen (Rosch & Hauri, 2016b, S. 417). Oftmals dauert es lange, bis die Vernachlässigung erkannt werden kann, da es eine schleichende Entwicklung innerhalb der Familie ist. Das Alter des Kindes hat einen entscheidenden Einfluss auf das Risiko einer langfristigen Schädigung, denn umso jünger das Kind ist, desto gravierendere Auswirkungen kann eine mangelnde Versorgung haben (Lenz, 2014, S. 46-47). Lena Stadler unterscheidet zwischen körperlicher und emotionaler Vernachlässigung:

Körperliche Vernachlässigung

- Kind wird nicht adäquat ernährt
- Körperpflege und Hygiene sind nicht gegeben
- Kleidung und Wohnung werden nicht sichergestellt
- medizinische Versorgung ist nicht gewährleistet

Emotionale Vernachlässigung

- Defizite in der emotionalen Zuwendung
- bei vorhandenem emotionalem Förderbedarf keine psychiatrische oder psychologische Behandlung gewähren
- Defizite in der Eltern-Kind-Kommunikation

(Stadler, 2012; zit. in Dettenborn & Walter, 2016, S. 328).

Beate Galm, Katja Hees und Heinz Kindler (2016) führen zusätzlich die kognitive und die erzieherische Vernachlässigung sowie die unzureichende Beaufsichtigung auf:

Kognitive und erzieherische Vernachlässigung

- keine anregende Umgebung für das Kind
- Defizite in der spielerischen Interaktion mit dem Kind
- Mängel in der Sprachförderung
- Defizite in der schulischen Förderung
- Fehlhaltungen oder Unterlassungen in der Vermittlung von Werten und Normen
- Missachtung des kindlichen Erziehungs- und Förderbedarfs

Unzureichende Beaufsichtigung

- Kind wird über eine inadäquate Zeitspanne unbeaufsichtigt gelassen und ist auf sich alleine gestellt
- Eltern reagieren nicht auf eine längere oder ungeplante Abwesenheit des Kindes

(S. 25).

4.2.2 Körperliche Misshandlung

Rosch und Hauri (2016b) verstehen unter körperlicher Misshandlung alle gewaltsamen Verletzungen wie beispielsweise Schläge, Tritte, Verbrühungen sowie Schütteln des Säuglings. Diese Taten, besonders das Schütteln des Säuglings, können schwerwiegende Verletzungen zur Folge haben oder tödlich ausgehen (S. 418). Das Ausmass der Gewalteinwirkung sowie die Verletzbarkeit des kindlichen Organismus haben Einfluss auf den Schweregrad der Folgeschäden (Lenz, 2014, S. 46).

4.2.3 Sexuelle Gewalt

Täterinnen und Täter üben durch sexuelle Gewalt ihre eigene Machtposition aus und befriedigen ihre eigenen Bedürfnisse durch sexuelle Handlungen vor oder an Kindern oder Jugendlichen. Diese können sich aufgrund körperlicher, geistiger, emotionaler oder sprachlicher Unterlegenheit nicht gegen die Täterschaft wehren (Günther Deegener, 2005, S. 38). Wolfgang Krieger, Anita Lang, Simone Messmer und Ralf Osthoff (2007) weisen darauf hin, dass nach unterschiedlichen Schweregraden des sexuellen Missbrauchs unterschieden werden soll. Anale, vaginale oder orale Vergewaltigung kann als schwerwiegendste Form von sexuellem Missbrauch bezeichnet werden. Weitere Formen des sexuellen Missbrauchs sind etwa Exhibitionismus oder Filme und Bilder mit pornografischem Inhalt, welche dem Kind gezeigt werden. Bei diesen Formen erfolgt kein körperlicher Kontakt (S. 21).

4.2.4 Psychische Misshandlung

Die Bezugspersonen üben psychischen Druck auf das Kind aus, lehnen es ab oder weisen es zurück. Sowohl ein forschender Umgangston als auch eine Überbehütung des Kindes können zu den psychischen Misshandlungen gezählt werden. Erwachsenenkonflikte um das Kind, das Miterleben von Partnerschaftsgewalt sowie Autonomiekonflikte können als Unterkategorien von psychischer Gewalt angesehen werden (Rosch & Hauri, 2016b, S. 418-419). Lenz (2014) bezeichnet die psychische oder emotionale Misshandlung als zentrales Kernstück aller Misshandlungsformen, da jede Form von Misshandlung immer eine psychische Komponente aufweist. Die Kinder erleben Verängstigung, Ablehnung sowie Drohungen, welche Auswirkungen auf ihre Entwicklung haben können (S. 46). Es können zwei Formen von psychischer Misshandlung unterschieden werden: Bei aktiver psychischer Misshandlung zeigen Eltern bewusste Verhaltensweisen, hingegen wird bei passiver psychischer Misshandlung ein konkretes Verhalten unterlassen, welches sich ungünstig auf die kindliche Entwicklung auswirken kann (Reiner Frank & Klaus Räder, 1994; zit. in Krieger et al., 2007, S. 18). Psychotisch erkrankte Eltern misshandeln ihre Kinder in der Regel nicht häufiger als Patientinnen und Patienten, die an anderen psychischen Erkrankungen leiden, jedoch kann es bei akuten Psychosen aufgrund von Wahnvorstellungen zu Misshandlungen kommen. Die Erfahrungen aus der Praxis deuten darauf hin, dass ein Zusammenhang zwischen psychischer Misshandlung und der elterlichen psychischen Erkrankung vorliegt, jedoch liegen aktuell keine empirischen Studien dazu vor (Lenz, 2014, S. 50).

Rosch und Hauri (2016b) nennen zwei weitere Formen von Kindeswohlgefährdung. Zum einen das Münchhausen-by-proxy-Syndrom, bei welchem die Bezugsperson des Kindes körperliche Krankheitssymptome vortäuscht, fälschlich angibt oder aktiv hervorruft. Zum anderen das Cybermobbing, wobei das Kind in sozialen Netzwerken belästigt oder genötigt wird (S. 419). Lenz (2014) betont, dass die verschiedenen Formen der Misshandlungen nicht gesondert betrachtet werden können, da es oft zu Überschneidungen sowie gleichzeitigem Auftreten kommen kann (S. 46). Lenz (2014) geht weiter davon aus, dass wenn beide Elternteile psychisch erkrankt sind, keine soziale Unterstützung vorhanden ist und weitere belastende Faktoren, wie etwa schwierige psychosoziale oder ökonomische Lebensbedingungen dazu kommen, sich das Risiko für Misshandlungen und Vernachlässigung erhöht (S. 51). Nach Reinhold Schone (2014) kann in den meisten Fällen die Pflege und Erziehung von Kindern psychisch kranker Eltern mithilfe von familiärer Unterstützung gewährleistet werden. Somit können allfällige, durch die psychische Erkrankung bedingte, Einschränkungen

betroffener Eltern mithilfe von Ressourcen aus dem Umfeld kompensiert werden (S. 129).

4.3 Kinderschutz

Christoph Häfeli (2005) nennt den freiwilligen Kinderschutz, den zivilrechtlichen Kinderschutz, den strafrechtlichen Kinderschutz sowie spezialisierte Kinderschutzorgane als zentrale Bereiche des institutionalisierten Kinderschutzes (S. 129). Die Autorinnen gehen im Rahmen dieser Arbeit lediglich auf den freiwilligen und den zivilrechtlichen Kinderschutz ein, da im Kapitel 6 die Handlungsfelder der Sozialen Arbeit in diesen beiden Bereichen genauer beleuchtet werden.

Es existieren diverse rechtliche Bestimmungen sowohl auf Bundesebene als auch auf kantonaler Ebene, welche den Schutz und die Förderung der Entwicklung von Minderjährigen beinhalten. Im Bereich des freiwilligen Kinderschutzes stehen eine Vielzahl an Angeboten für die Förderung minderjähriger Kinder und die Unterstützung der Eltern zur Verfügung, wie beispielsweise Sozialdienste, Mütter- und Väterberatungen, Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienste oder Erziehungsberatungen. Durch die frühzeitige Inanspruchnahme von solchen Dienstleistungen können oftmals behördliche Kinderschutzmassnahmen umgangen werden. Der zivilrechtliche Kinderschutz definiert die Voraussetzungen für staatliche Eingriffe in die Elternrechte und führt konkrete Massnahmen zur Behebung und Vermeidung von Kindeswohlgefährdungen auf. Die Eltern sind gemäss dem Gesetz für das Wohlergehen ihres Kindes verantwortlich, im Zivilgesetzbuch (ZGB) wird dieser Umstand als «elterliche Sorge» bezeichnet. Diese beinhaltet sowohl das Recht als auch die Pflicht der Eltern für ihre minderjährigen Kinder Entscheidungen zu fällen, für sie zu sorgen und sie zu erziehen. Weiter tragen sie die Verantwortung für das Kindesvermögen. Sind die Eltern nicht in der Lage das Wohlergehen des Kindes zu sichern, kann von einer Kindeswohlgefährdung ausgegangen werden. Tritt dieser Fall ein, ist ein angemessener Eingriff der KESB angezeigt (Hauri & Zingaro, 2013, S. 18-19). Die KESB, oder eine andere von ihr beauftragte Stelle, muss bei einer möglichen Kindeswohlgefährdung eine umfassende Abklärung der Situation vornehmen. Die Abklärung beinhaltet die Einschätzung sowie eine umfassende Analyse der Lebenssituation des Kindes und seiner Familie und dient der KESB als Entscheidungsgrundlage für die Anordnung allfälliger Schutzmassnahmen und Hilfestellungen (Hauri & Zingaro, 2013, S. 29).

4.4 Risikofaktoren und Schutzfaktoren

Im Kinderschutz entspricht ein Risikofaktor einem Merkmal, welches eine erhöhte Wahrscheinlichkeit aufweist, dass es künftig zu einer Kindeswohlgefährdung kommen könnte (Hauri & Zingaro, 2013, S. 38). Im Gegensatz dazu, wirken sich Schutzfaktoren schützend auf das Kind aus und können dazu beitragen, das Risiko einer allfälligen Kindeswohlgefährdung zu mindern (Hauri & Zingaro, 2013, S. 35). In der nachfolgenden Tabelle wird eine Auswahl an möglichen Risikofaktoren und Schutzfaktoren aufgelistet. Die Zusammenstellung ist nicht abschliessend und dient lediglich als Übersicht und Hilfsinstrument (vgl. Kapitel 5 & Kapitel 6).

Personale Schutzfaktoren	Schutzfaktoren Familie & Umfeld	Risikofaktoren Eltern	Risikofaktoren Familie & Umfeld
Körperliche Schutzfaktoren <ul style="list-style-type: none"> • körperliche Gesundheit • weibliches Geschlecht (vor Pubertät, da Mädchen bis dahin seltener psychisch erkranken) • positives Temperament (flexibles Verhalten, positive Stimmung) 	Strukturelle Merkmale <ul style="list-style-type: none"> • Alltagsstruktur, Rituale, familiäre Stabilität 	Elterliche Entwicklungs- und Lebensgeschichte <ul style="list-style-type: none"> • häufige Beziehungsabbrüche • Fremdunterbringung und eigene Mangelenerfahrungen in der Kindheit mit einem Elternteil • Misshandlungserfahrungen durch Elternteil in der Kindheit 	Merkmale der familiären Lebenswelt <ul style="list-style-type: none"> • Armut • keine soziale Unterstützung • Partnerschaftsgewalt der Sorgeberechtigten
Kognitive und affektive Schutzfaktoren <ul style="list-style-type: none"> • positive Wahrnehmung und Lebenseinstellung • aktive Bewältigungsstrategien • Ressourcen wie Begabungen und Kreativität • mindestens durchschnittliche Intelligenz • gute Selbsteinschätzung, Selbstkontrolle und Regulation 	Spezifische Schutzfaktoren <ul style="list-style-type: none"> • positives Familienklima und Zusammenhalt • harmonische Beziehungen zu Eltern und Geschwistern 	Elterliche Persönlichkeitsmerkmale und Dispositionen <ul style="list-style-type: none"> • Überforderung, Hilflosigkeit und Belastungsgefühle in Bezug auf die Erziehung des Kindes • eingeschränktes Einfühlungsvermögen, unrealistische Erwartungen an das Kind • verzerrte Wahrnehmung des kindlichen Verhaltens (Fehlinterpretationen wie z.B. das Kind weint weil es die Eltern ärgern will) • negative Emotionalität wie z.B. intensive Gefühle von Trauer, Ärger oder Niedergeschlagenheit • hohe Impulsivität, Tendenz zu problemvermeidenden Bewältigungsstil • Neigung zu Bestrafung der Kinder (drastische Formen) 	Spezifische Risikofaktoren <ul style="list-style-type: none"> • Einelternfamilie, wenn keine zweite erwachsene Person zur Mitbetreuung des Kindes verfügbar ist
		Soziale Schutzfaktoren <ul style="list-style-type: none"> • soziale Unterstützung 	

Tabelle 3: Risiko- und Schutzfaktoren Eltern und Familie (eigene Darstellung auf der Basis von Hauri & Zingaro, 2013, S. 36-40)

Doris Bender und Friedrich Lösel (2005) halten fest, dass keine pauschale Aussage darüber getroffen werden kann, ob es zu einer Kindesmisshandlung kommt oder nicht. Ein komplexes Zusammenspiel und Abwägen von Risiko- und Schutzfaktoren auf unterschiedlichen Ebenen ist dazu notwendig. Übersteigen die individuellen oder sozialen Risikofaktoren die individuellen oder sozialen Schutzfaktoren, so steigt die Wahrscheinlichkeit einer Misshandlung oder Gefährdung an (S. 336).

Die schizophrene Erkrankung eines Elternteils kann wesentliche Auswirkungen auf dessen Erziehungsfähigkeit haben. Im folgenden Kapitel werden mögliche Folgen der elterlichen Erkrankung für die übrigen Familienmitglieder und den familiären Alltag genauer betrachtet.

5 Mögliche Auswirkungen einer schizophrenen Erkrankung auf die übrigen Familienmitglieder

In der Schweiz leben schätzungsweise bis zu 50'000 Kinder mit einem psychisch erkrankten Elternteil zusammen, wobei von einer hohen Dunkelziffer ausgegangen wird. Im Vergleich dazu wird die Prävalenz in Deutschland zwischen 200'000 und 500'000 geschätzt. Ungefähr zwei Drittel der Eltern mit einer psychischen Erkrankung leben mit ihren minderjährigen Kindern zusammen (Daniel Sollberger, Mara Byland & Géraldine Widmer, 2008, S. 157). Wie Jungbauer und Lenz (2008) weiter darlegen, ist es für Kinder besonders schwierig, wenn die Mutter erkrankt (S. 11). Geht die erkrankte Mutter beispielsweise am Vormittag bereits wieder zu Bett oder bleibt der Haushalt unerledigt, so bricht der vertraute Familienalltag für die Kinder zusammen (Lenz, 2008, S. 26).

5.1 Aspekt Familie

Erkrankt jemand psychisch, so ist normalerweise auch die gesamte Familie mitbetroffen und mitbelastet. Veränderungen in Beziehungen und im Zusammenleben gehen mit der Erkrankung einher (Jungbauer & Lenz, 2008, S. 7). Die moderne Definition von Familie umfasst in struktureller Hinsicht eine Gruppe von mindestens zwei Personen aus mindestens zwei verschiedenen Generationen. Somit sind sowohl alleinerziehende Mütter mit ihren Kindern als auch Viergenerationenfamilien Teil des Familienbegriffs. Unter dem funktionalen Aspekt, für die Bewältigung alltäglicher Aufgaben, untersteht die Familie einem sozialen Beziehungsmuster, welches die vier Kriterien Privatheit, prinzipielle Dauerhaftigkeit, hohe emotionale Nähe sowie eine Beziehung zwischen mindestens zwei Generationen, erfüllt. Diese Definition umfasst auch die Grosseltern sowie frühere Ehepartnerinnen oder Ehepartner (Margit Stein, 2013, S. 18-19). Brigitte Müller (2008) nennt das Zusammengehörigkeitsgefühl und die hierarchische Ordnung, welche unter anderem Autorität, Dominanz, Rollen sowie Rechte und Pflichten umfasst, als weitere Merkmale einer Familie. Implizite und explizite Regeln sowie Werte und Normen ergeben sich aus dem Zusammenleben der Familie, welche Grenzen zur Umwelt der Familie entstehen lassen. Durch Veränderungen von Familienmitgliedern, Ereignissen oder auch Belastungen, müssen

Rollen und Regeln immer wieder neu ausgehandelt werden (S. 138-139). Psychische Erkrankungen können dazu führen, dass familiäre Strukturen durcheinandergeraten. Vor allem die Einhaltung der jeweiligen Rollen der Familienmitglieder sowie Interaktionsregeln ändern sich oder verschwinden sogar (Lenz, 2008, S. 28). Gemäss Müller (2008) sind nicht nur die individuellen Ressourcen von zentraler Bedeutung, sondern auch jene innerhalb der Familie (S. 147). Das Konzept der Familienresilienz hat zum Ziel, die gesamte Familie mit ihren Ressourcen zu stärken, um schwere Belastungen und Krisen erfolgreich zu bewältigen. Es erscheint dabei zentral, die Krankheit als überwindbare Aufgabe wahrzunehmen, welche es als gesamte Familie zu meistern gilt. Das Gefühl, die Belastung gemeinsam bewältigen zu können und sich gegenseitig zu unterstützen, kann sich stärkend auf die gesamte Familie auswirken (Froma Walsh, 2003; zit. in Müller, 2008, S. 147-148).

Lenz (2014) erwähnt in diesem Zusammenhang den Begriff des Optimismus. Wichtig ist, als Familie eine positive Haltung einzunehmen, was die Chancen auf Veränderungen erhöhen kann (S. 161). Des Weiteren ist die Kommunikation innerhalb der Familie von grosser Bedeutung sowie die Problemlösefähigkeiten, um den Austausch untereinander zu fördern und einen konstruktiven Umgang mit Konflikten zu finden. Der gesamten Familie soll Wissen über die Erkrankung zur Verfügung stehen, sodass über diese gesprochen werden kann und keine Tabuisierung entsteht. Um sich als Familie den wechselnden Krankheitsphasen anzupassen, ist Flexibilität gefordert, wobei unter anderem Rollen und Aufgaben neu definiert werden müssen. Verfügt die Familie über ein intaktes soziales Netz, welches ihr Unterstützung bietet und sind genügend finanzielle Mittel vorhanden, so wirkt sich dies positiv auf die Resilienz der Familie aus (Müller, 2008, S. 148-149). Als weitere familiäre Ressource nennt Lenz (2014) ein positives und emotional warmes Erziehungsklima, wobei als Familie gemeinsame Aktivitäten unternommen werden, familiäre Rituale gepflegt werden und klare Regeln für das Zusammenleben bestehen. Weiter sollen die elterlichen Rollen eingehalten und die Kinder in Geschehnisse rund um die Krankheit miteinbezogen werden. Eine gute Paarbeziehung hat ebenfalls einen positiven Einfluss. Der Umgang der Eltern untereinander stellt die Basis für das weitere Familienleben dar. Pflegen die Eltern einen offenen und wertschätzenden Umgang miteinander, vermittelt dies dem Kind Sicherheit und Geborgenheit (S. 158-159).

Wie Müller (2008) ausführt, ist die Kommunikation der Familie mit ihrem Umfeld oft eingeschränkt. Psychische Erkrankungen, vor allem Schizophrenie, werden nach wie vor von der Gesellschaft stark stigmatisiert. Betroffene Familien machen die Erfahrung von Zurückweisung und Unverständnis oder haben Angst vor Ablehnung und Mitleid

und erleben Schamgefühle. Aufgrund dessen wird die Krankheit oft verschwiegen, wobei den Kindern ein Redeverbot aufgebürdet wird. Die ganze Familie kann dadurch nicht auf ausserfamiliäre Kontakte zurückgreifen, welche ihr als Bewältigungsressourcen dienen würden (S. 144-145). Gemäss Finzen (2016) wird Schizophrenie zudem häufig in abwertender Weise mit Gewalttätigkeit, Unberechenbarkeit und bizarrem Verhalten in Zusammenhang gebracht (S. 27). Ulrich Trenckmann verdeutlicht, dass lediglich 5 % der an Schizophrenie erkrankten Personen eine Gewalttat ausüben. Dies ist in den meisten Fällen auf einen langen und ungünstigen Krankheitsverlauf, die paranoid-halluzinatorische Form der Krankheit sowie auf eine unzureichende medikamentöse Behandlung zurückzuführen (Trenckmann, ohne Datum; zit. in Martina Merten, 2003, S. 2422). Die Vorurteile und Diskriminierungen können für Betroffene zur zweiten Krankheit werden. Die Familie, welche mitunter auch Schuldzuweisungen erlebt, versucht die Krankheit zu verstecken, was die Krankheitsbewältigung und Behandlung enorm erschwert. Das Wort Schizophrenie wird dadurch zu einer Metapher der Abwertung und Diskriminierung, was massgeblich zur Stigmatisierung und Beschädigung der Identität der Betroffenen beiträgt (Finzen, 2016, S. 27-31).

5.2 Aspekt Kind

Kinder von psychisch kranken Eltern sind häufig besonderen Belastungen ausgesetzt, welche zu Auffälligkeiten oder psychischen Störungen führen können. Betroffene Kinder nehmen jede kleinste Veränderung bei ihren Eltern wahr. Oft fehlt es dem Kind jedoch an Wissen über die Krankheit, wodurch es diese Veränderungen nicht einordnen und verstehen kann und dadurch Gefühle von Angst und Desorientierung erlebt. Mangelndes Wissen erzeugt zudem Schuldgefühle, wobei besonders jüngere Kinder ihr eigenes schlechtes Benehmen als mögliche Ursache für die elterliche Erkrankung sehen. Eine Veränderung des vertrauten Familienlebens kann eine weitere Belastungsquelle für die Kinder darstellen. Durch das Verhalten des erkrankten Elternteils schämen sich die Kinder gegenüber Gleichaltrigen, wodurch sie niemanden mit nach Hause nehmen und sich dadurch isolieren. Vor allem ältere Kinder und Jugendliche machen sich Sorgen, selber einmal psychisch zu erkranken (Lenz & Brockmann, 2013, S. 31-40).

5.2.1 Risiken in der kindlichen Entwicklung

Risiko- und Vulnerabilitätsforschungen zeigen schon länger, dass Kinder von psychisch kranken Eltern ein höheres Risiko haben, Entwicklungsbeeinträchtigungen oder Verhaltensauffälligkeiten zu entwickeln oder selber psychisch zu erkranken

(Müller, 2008, S. 140). Kinder mit einem Elternteil, welcher an Schizophrenie erkrankt ist, haben ein Risiko von 8 – 20 % selber einmal an Schizophrenie zu erkranken. Die Wahrscheinlichkeit, eine andere klinisch relevante Auffälligkeit zu entwickeln, liegt bei 30 – 40 % (Laura T. Niemi, Jaana M. Suvisaari, Annamari Tuulio-Henriksson & Jouko K. Lönnqvist, 2003; zit. in Lenz, 2008, S. 11). Das Alter des Kindes spielt beim elterlichen Krankheitsausbruch eine zentrale Rolle. Denn je jünger das Kind zu diesem Zeitpunkt war und dadurch länger in Beziehungsstrukturen, welche durch die Krankheit geprägt sind, aufwächst, desto höher ist sein Risiko, psychische Auffälligkeiten zu entwickeln (Christiane Deneke, Ortrud Beckmann & Henrike Dierks, 2008, S. 64). Nicht nur die oben erwähnten genetischen Aspekte beeinflussen das Kind, sondern auch krankheitsbedingte Veränderungen in der Eltern-Kind-Beziehung, welche Emotionen, Verhalten und Kognitionen betreffen. Erlebt das Kind beispielsweise suizidale Handlungen mit oder wird es in wahnhaft-paranoide Handlungen miteinbezogen, so kann sich dies auf die kindliche Entwicklung auswirken. Stressoren wie finanzielle Probleme, soziale Isolation, Arbeitslosigkeit oder Eheprobleme seitens der Eltern, erhöhen die Wahrscheinlichkeit, dass das Kind eine Verhaltensauffälligkeit oder eine psychische Störung entwickelt (Müller, 2008, S. 140-141).

Die Art der Krankheitsbewältigung der Eltern und der Familie beeinflusst den Entwicklungsverlauf des Kindes. Wird die Krankheit durch den gesunden und erkrankten Elternteil verleugnet oder nicht akzeptiert, so kann sich dies negativ auf das Kind auswirken (Lenz, 2008, S. 13). Das auferlegte Redeverbot der Eltern kann dazu führen, dass den Kindern nur beschränkte Beziehungen als Schutzfaktoren zur Verfügung stehen, was sie Gefühle von Einsamkeit und Alleingelassen-Sein erleben lässt. Der erkrankte Elternteil verändert sich oft im Verhalten und Aussehen, was beim Kind Schamgefühle auslösen kann. Das Kind kann dadurch den Wunsch haben, sich aufgrund dieser Veränderungen zu distanzieren (Müller, 2008, S. 145). Nicht die elterliche Diagnose ist entscheidend, ob beim Kind Entwicklungsstörungen oder eine psychische Krankheit auftreten, vielmehr ist es die Schwere und Chronizität der elterlichen Krankheit sowie die allgemeinen psychosozialen Voraussetzungen des Kindes (Arnold Sameroff, 1987; zit. in Deneke et al., 2008, S. 64).

5.2.2 Parentifizierung

In Familien mit einem psychisch kranken Elternteil kann es zu unklaren Grenzen zwischen den Generationen kommen. Dies kann sich in Veränderungen in der emotionalen Nähe, des Zusammenhalts sowie in den hierarchischen Unterschieden zwischen dem Kind und den Eltern zeigen (Müller, 2008, S. 140). Eine weitere

Veränderung des Familienlebens bezeichnet die Parentifizierung, wobei eine Rollenumkehrung stattfindet und das Kind elterliche oder partnerschaftliche Funktionen übernimmt (Ivan Boszormenyi-Nagy & Geraldine Spark, 1981, S. 209). Psychisch erkrankte Eltern sind häufig in ihrer elterlichen Funktion als Erziehende eingeschränkt. Dies kann einerseits auf die Krankheitssymptomatik, wie zum Beispiel Antriebslosigkeit oder emotionaler Rückzug, zurückgeführt werden, andererseits schätzen sich die betroffenen Eltern oft auch als weniger kompetent ein und verspüren dem Kind gegenüber Schuldgefühle (Müller, 2008, S. 145). Gemäss Lenz (2008) wird das Kind für den gesunden aber auch den erkrankten Elternteil zu einer Vertrauensperson, in welcher Unterstützung und Trost gesucht wird. Das Kind nimmt bei partnerschaftlichen Konflikten eine vermittelnde Rolle ein, übernimmt die Verantwortung für den Haushalt, versorgt und pflegt jüngere Geschwister und ersetzt den nicht verfügbaren kranken Elternteil. Es erlebt eine neue Rollenzuweisung, der es nicht gerecht werden kann und ordnet die eigenen Bedürfnisse den elterlichen unter, wobei es nicht selten für familiäre Probleme und Konflikte zur Verantwortung gezogen wird. Das Kind kann den Wünschen und Erwartungen der Eltern nicht gerecht werden und erlebt sich selber als ausgestossen, emotional vernachlässigt und unwichtig (S. 28). Inwiefern eine Rollenumkehrung die kindliche Entwicklung beeinflusst, hängt davon ab, ob das Kind Anerkennung und Wertschätzung dafür erhält und dabei nicht eine beratende oder tröstende Funktion einnimmt. Wird das Kind gleichzeitig ermuntert seine eigenen Bedürfnisse wahrzunehmen, so kann die Verantwortungsübernahme positive Auswirkungen haben, indem das Selbstwertgefühl und das Einfühlungsvermögen gestärkt werden und es wichtige soziale Fertigkeiten erlernt (Lenz & Brockmann, 2013, S. 42-43). Ist die Parentifizierung jedoch so stark verfestigt, dass ein Ablösungsprozess zwischen Eltern und Kind nicht mehr stattfinden kann, so sind negative Auswirkungen zu erwarten (Lenz, 2008, S. 29).

5.2.3 Resilienz und Salutogenese

Wie in den vorangegangenen Kapiteln aufgezeigt wurde, haben Kinder von psychisch kranken Eltern ein erhöhtes Risiko eine Entwicklungsstörung, Verhaltensauffälligkeiten oder eine psychische Krankheit zu entwickeln. Gemäss Maja Roedenbeck (2016), geht die Resilienzforschung der Frage nach, warum sich manche Kinder aus belasteten Familien trotz widrigen Umständen gesund entwickeln, während andere Kinder daran zerbrechen (S. 38). In einer Langzeitstudie aus dem Jahr 1972 von Eugen Bleuler wurde bereits damals festgestellt, dass dreiviertel der untersuchten Kinder mit einem schizophrenen Elternteil gesund geblieben sind (Bleuler, 1972; zit. in Lenz, 2014, S. 149).

Der Begriff «Resilienz» leitet sich von dem englischen Wort «resilience» («Spannkraft, Elastizität, Strapazierfähigkeit»; lat. «resilere»[sic!] = abprallen) ab und bezeichnet allgemein die Fähigkeit, erfolgreich mit belastenden Lebensumständen (z.B. Unglücken, traumatischen Erfahrungen, Misserfolgen, Risikobedingungen) und negativen Folgen von Stress umzugehen (z.B. Rutter 2001). Resilienz meint damit eine psychische Widerstandsfähigkeit von Kindern gegenüber biologischen, psychologischen und psychosozialen Entwicklungsrisiken. (Corina Wustmann, 2005, S. 192)

Resilienz wird dadurch bedingt, dass eine Risikosituation besteht und diese dann durch vorhandene Fähigkeiten erfolgreich bewältigt werden kann (Klaus Fröhlich-Gildhoff & Maike Rönnau-Böse, 2015, S. 10). Jedes Kind hat spezifische Entwicklungsaufgaben zu bewältigen, daher erscheint es bedeutsam, altersangemessene Fähigkeiten und Kompetenzen zu erwerben sowie diese zu erhalten (Wustmann, 2004, S. 20). Resilienz ist kein angeborenes Persönlichkeitsmerkmal, sondern wird in der Kind-Umwelt-Interaktion erworben. Zentral dabei ist, dass es sich um einen dynamischen Prozess handelt und sowohl die Umwelt als auch die Person selber an der Entwicklung von Resilienz beteiligt sind. Demnach gibt es keine lebenslange Immunität gegenüber negativen Lebensereignissen. Resilienz ist eine variable Größe, welche sich in Abhängigkeit von Zeit und Situation verändern kann. Ein Kind kann zu einem bestimmten Zeitpunkt resilient sein, aber später und unter anderen Bedingungen verletzlich sein. Resilienz bezieht sich immer nur auf einen einzigen Lebensbereich und kann nicht ohne Weiteres auf alle Bereiche übertragen werden. Für die Ausbildung von Resilienz sind personale sowie soziale Schutzfaktoren von Bedeutung, welche innerhalb oder ausserhalb des Kindes liegen können (Wustmann, 2005, S. 193-194). Ein Schutzfaktor wirkt erst dann, wenn eine Gefährdung auch tatsächlich vorliegt (Michael Rutter, 1990; zit. in Lenz, 2008, S. 56). Unter personale Ressourcen fallen beispielsweise positive Temperamenteigenschaften, das erstgeborene Kind zu sein, Problemlösefähigkeiten, Selbstwirksamkeitsüberzeugungen, ein hohes Selbstwertgefühl sowie ein sicheres Bindungsverhalten. Soziale Ressourcen, welche ausserhalb vom Kind liegen, können innerhalb der Familie sein, indem das Kind zum Beispiel mindestens eine stabile Bezugsperson hat und ein autoritativer Erziehungsstil gelebt wird. In Bildungsinstitutionen sind konsistente Regeln und Strukturen, eine positive Verstärkung der Leistungen sowie positive Peerkontakte von zentraler Bedeutung. Hat das Kind in seinem Umfeld, ausserhalb der Familie, eine weitere Vertrauensperson und kann es sich an Werten und Normen der Gesellschaft orientieren, hat dies eine essenzielle Bedeutung für eine gesunde Entwicklung (Wustmann, 2005, S. 196) (vgl. Kapitel 4.4). Als besondere Schutzfaktoren bei Kindern von psychisch erkrankten Eltern nennen Lenz und Brockmann (2013) das Krankheitswissen und Krankheitsverstehen sowie einen offenen und aktiven Umgang damit in der Familie.

Dies vermittelt den Kindern Hoffnung, Mut und Zuversicht für die Zukunft, was sie wiederum stärkt, um ihren eigenen Anforderungen gerecht zu werden (S. 69-71). Wie Lenz (2016) weiter verdeutlicht, steht bei einer alters- und entwicklungsadäquaten Aufklärung nicht die reine Wissensvermittlung im Vordergrund, vielmehr sind die Fragen sowie Bedürfnisse des Kindes zentral. Das Ziel ist, das Kind zu befähigen die Situation besser einschätzen zu können sowie es bei der Bewältigung zu unterstützen (S. 57). Wird die Krankheit akzeptiert und erfolgt eine aktive und positive Auseinandersetzung damit, indem Krankheitseinsicht sowie Kooperation hinsichtlich der Medikamenteneinnahme bestehen, so wirken sich diese schützend auf das Kind aus (Mattejat, 2013; zit. in Lenz, 2016, S. 57-58). Im Gegensatz dazu bezeichnet Michael Fingerle (2000) «Vulnerabilität» als erhöhte Verletzlichkeit einer Person gegenüber ungünstigen Einflussfaktoren (S. 287). Fröhlich-Gildhoff und Rönnau-Böse (2015) nennen in diesem Zusammenhang Entwicklungsphasen, in denen das Kind eine erhöhte Anfälligkeit gegenüber risikoerhöhenden Faktoren aufweist. Solche vulnerablen Phasen stellen vor allem Eintritte und Übergänge im schulischen Bereich dar, aber auch die Pubertät. In diesen Phasen hat das Kind viele Anforderungen gleichzeitig zu bewältigen, was die Wahrscheinlichkeit einer Entwicklungsstörung oder des Entstehens einer psychischen Krankheit erhöht (S. 25).

Der Resilienzansatz kann sinnvoll durch das Konzept der Salutogenese ergänzt werden, welches von Aaron Antonovsky (1923-1994) geprägt wurde. Hierbei stehen zur Erhaltung der Gesundheit die Schutzfaktoren im Zentrum. Antonovsky ging der Frage nach, wie Menschen schwierige Bedingungen erfolgreich bewältigen können, wobei er die Überzeugung hatte, dass ihnen Ressourcen zur Verfügung stehen, um mit den Belastungen umzugehen. Um Menschen widerstandsfähig zu machen, legt die Salutogenese den Fokus auf die Stärkung von Ressourcen und nicht die Reduzierung von Risiken. Antonovsky nennt dabei den Begriff des «Kohärenzgefühls», welches aus drei zentralen Elementen besteht. Zum einen ist es das Gefühl der Verstehbarkeit von Situationen und zum anderen ist es das Gefühl der Handhabbarkeit. Dies umfasst die Einstellung, schwierigen Situationen gewachsen zu sein. Das dritte Element besteht aus dem Gefühl der Sinnhaftigkeit von erlebten Situationen (Fröhlich-Gildhoff & Rönnau-Böse, 2015, S. 14-15). Das Kohärenzgefühl umfasst eine Überzeugung, welche das Leben und die gestellten Aufgaben als sinnvoll erscheinen lässt, wofür es sich lohnt Energie zu investieren. Diese Lebenseinstellung als übergreifender Schutzfaktor, lässt den Menschen flexibel auf die spezifischen Anforderungen reagieren, wodurch in Belastungssituationen wirksame Schutzfaktoren aktiviert werden können. Sieht der Mensch die Sinnhaftigkeit des Lebens nicht, so wird es als eine Last und Qual empfunden (Antonovsky, 1997, S. 35-36).

5.2.4 Theorie der psychosozialen Entwicklung nach Erik H. Erikson

Erik Homburger Erikson (1902-1994) baute mit seiner Theorie zur psychosozialen Entwicklung auf der Phasentheorie von Sigmund Freud (1856-1939) auf und entwickelte diese um drei zusätzliche Stufen weiter (August Flammer, 2009, S. 95-96). Wie Hans-Peter Langfeldt und Werner Nothdurft (2015) weiter ausführen, sah Freud den Sexualtrieb als antreibende Kraft für die Entwicklung eines Menschen, während Erikson diese Sichtweise um einen psychosozialen Aspekt erweiterte. Die acht Phasen von Erikson sind gekennzeichnet durch bestimmte Formen der Sexualität sowie der sozialen Interaktion. In jeder Stufe gilt es, eine spezifische psychosoziale Krise zu bewältigen, wobei die Bewältigungsart den weiteren Verlauf der Entwicklung bestimmt (S. 88-89).

1. Urvertrauen versus Urmisstrauen (erstes Lebensjahr)

Die Hauptaufgabe eines Säuglings besteht darin, im ersten Lebensjahr Urvertrauen zu gewinnen. In diesem Alter ist eine stetige und stabile Versorgung überlebensnotwendig. Der Säugling erlebt, dass er mit seiner Umwelt kommunizieren kann und seine Bedürfnisse gestillt werden. Aus diesen Erfahrungen wächst Urvertrauen in die soziale Umwelt sowie in die eigene Person (Langfeldt & Nothdurft, 2015, S. 89). Das Urvertrauen muss interaktiv erworben werden, indem das Kind beispielsweise weint und folglich Trost erhält. Es ist nicht zu vermeiden, dass der Säugling vereinzelt auch negative Erfahrungen macht, jedoch sollten die positiven Erfahrungen überwiegen. Diese positiven Erfahrungen sind grundlegend für die weitere Entwicklung, wobei eine Grundhaltung entsteht, welche sich durch das ganze Leben hindurchzieht (Flammer, 2009, S. 96).

2. Autonomie versus Scham und Zweifel (zweites und drittes Lebensjahr)

Das Gefühl von Autonomie und Selbstkontrolle entsteht durch die Weiterentwicklung von motorischen und intellektuellen Fähigkeiten. Dieses wird ausgebildet, indem dem Kind mittels sozialer Unterstützung Aktivitätsangebote gemacht werden, die es bewältigen kann. Werden Erfolge durch die soziale Umwelt verhindert, erlebt das Kind Misserfolge, welche zu Zweifel und Scham führen können (Langfeldt & Nothdurft, 2015, S. 89).

3. Initiative versus Schuldgefühl (viertes und fünftes Lebensjahr)

In dieser Stufe weiss das Kind nun, dass es ein «Ich» ist. Seine Aufgabe besteht darin herauszufinden, was für eine Art Mensch es werden möchte (Erikson, 1977; zit. in Flammer, 2009, S. 99). Die motorischen Fähigkeiten des Kindes sind in diesem Alter ausgeprägter, wodurch es die Initiative ergreift, die Welt zu erkunden. Die Neugier

kann jedoch auch zu weit gehen, indem das Kind beispielsweise herausfinden will, weshalb die Eltern im Schlafzimmer ungestört bleiben möchten. Das kindliche Interesse an seiner Umgebung und der Sexualität kann für die Bezugspersonen als kränkend empfunden werden. Durch die Reaktion der Eltern kann das Kind Schuldgefühle erleben (Langfeldt & Nothdurft, 2015, S. 89).

4. Werksinn versus Minderwertigkeitsgefühl (sechstes Lebensjahr bis Pubertät)

Das Gefühl, selber etwas zu Stande zu bringen, der sogenannte Werksinn, ist in dieser Stufe sehr bedeutsam (Langfeldt & Nothdurft, 2015, S. 89). Gemäss Flammer (2009) wird das Kind, vor allem im schulischen Bereich, lernbegieriger und ist bestrebt, fleissig zu sein und kann sich auf diese Weise in eine leistungsfähige Schulklasse integrieren. Gleichzeitig lernt das Kind aber auch den Spannungsbogen zwischen Erfolg und Misserfolg kennen, woraus entweder ein Bestätigungsgefühl oder ein Minderwertigkeitsgefühl resultiert (S. 99).

5. Identität versus Identitätsdiffusion (Adoleszenz)

Bei dieser Entwicklungsstufe ist die Identitätsproblematik zentral, wobei die vorangegangenen Phasen Elemente liefern, die nun zusammengefügt werden müssen. In dieser Stufe kommen mehrdimensionale Veränderungen hinzu, welche eine neue Identitätsdefinition verlangen. Während dieser Identitätsfindung stellen sich die Jugendlichen selbst in Frage. Sie beginnen sich beispielsweise zu verlieben, engagieren sich in Jugendgruppen oder werden politisch aktiv (Flammer, 2009, S. 100). Um eine Identitätsdiffusion zu vermeiden, müssen die Jugendlichen diese neuen und verschiedenen Facetten zu ihrer personalen Identität integrieren (Langfeldt & Nothdurft, 2015, S. 90).

6. Intimität und Solidarität versus Isolierung (junge Erwachsene)

Die vorangegangene Stufe der Identitätsfindung ist eine wichtige Voraussetzung für eine tragfeste Beziehung sowie für Intimität. Gelingt dies einer Person nicht, so sind soziale Beziehung oft eher kühl und distanziert, wobei Tendenzen zur Isolation zum Vorschein kommen (Flammer, 2009, S. 101).

7. Generativität versus Stagnierung (mittleres Erwachsenenalter)

Auf der Basis einer soliden Identität streben Menschen in diesem Alter nach Generativität (Langfeldt & Nothdurft, 2015, S. 90). Dies zeigt sich darin, dass nicht mehr nur das Nehmen von Bedeutung ist, sondern auch das Geben. In dieser Stufe ist die Familiengründung bedeutungsvoll (Flammer, 2009, S. 102). Generativität zeigt sich jedoch auch in allen anderen Handlungen, beispielsweise indem ein Musikstück

komponiert wird, um dadurch etwas Eigenes zu hinterlassen. Wird die Generativität durch die soziale Umwelt verhindert, stagniert die Persönlichkeitsentwicklung sowie die Entwicklung von zwischenmenschlichen Beziehungen (Langfeldt & Nothdurft, 2015, S. 90).

8. Integrität versus Verzweiflung (ältere Erwachsene)

Idealerweise wird in dieser Stufe die erfolgreiche Bewältigung aller vorangegangenen Entwicklungsstufen mit deren psychosozialen Krisen ersichtlich (Flammer, 2009, S. 102). Der Mensch kann zufrieden und akzeptierend auf das Leben zurückblicken und hat ein Gefühl der persönlichen Integrität. Kann dies nicht stattfinden, erlebt die Person Verzweiflung über verpasste Chancen (Langfeldt & Nothdurft, 2015, S. 90-91).

5.2.5 Entwicklungsaufgaben

Kitty Cassée (2010) umschreibt die unterschiedlichen Aufgaben in der kindlichen Entwicklung, wobei sie die zu bewältigenden Aufgaben in psychische, soziale, emotionale und kognitive Bereiche unterteilt. Im ersten Lebensjahr ist die grundlegende Regulation zentral, wobei diese mit der Reifung des Gehirns sowie bereits integrierten Erfahrungen in Zusammenhang stehen. Das Kind entwickelt in dieser Zeit unter anderem erste Bindungen zu primären Bezugspersonen. Es nimmt Kontakt zur sozialen Umgebung auf, um sein biopsychisches Überleben zu sichern und erlernt grundlegende motorische Fähigkeiten. Die Objektpermanenz beginnt sich auszubilden, indem das Kind zunehmend lernt, dass Gegenstände und Menschen, trotz ihrer Abwesenheit, weiter existieren. Im Alter von ein bis sechs Jahren sind, aufgrund der Plastizität des kindlichen Gehirns, enorme Lernfortschritte möglich, was wiederum den Bewegungsradius des Kindes grösser werden lässt. Das Kind lernt in dieser Zeit unter anderem zu laufen, zu sprechen und sich selber anziehen. Im Vordergrund steht die motorische sowie emotionale Entwicklung, bei welcher das Kind beispielsweise grobmotorisch an Sicherheit gewinnt und eine gefestigte Geschlechtsidentität entwickelt. Weiter bildet das Kind ein inneres Bewertungssystem aus, indem es eigene Werte und Normen verinnerlicht. Ab dem Alter von vier Jahren kann das Kind zunehmend einen Perspektivenwechsel mit seinem Gegenüber vornehmen. In der Zeit von sieben bis zwölf Jahre ist der Schuleintritt von zentraler Bedeutung, wobei zu dem Zeitpunkt davon ausgegangen wird, dass frühere Entwicklungsaufgaben erfolgreich bewältigt worden sind. Dies ist eine wichtige Voraussetzung, um den schulischen Anforderungen gerecht zu werden. Das Kind erlernt in der Schule grundlegende Fähigkeiten und Fertigkeiten für das weitere Leben. Die soziale Entwicklung des Kindes wird durch die Schule stark geprägt, wodurch das Kind mit und von anderen

lernt. Das Kind entwickelt die Feinmotorik sowie die Augen-Hand-Koordination weiter, lernt sich in der Gemeinschaft zu bewegen und baut erste Freundschaften auf. Das Jugendalter, zwischen 13 und 20 Jahren, geht mit vielen Veränderungen und Herausforderungen einher. Die Jugendlichen sind gefordert, die Vielfalt an Möglichkeiten und Ansprüchen in ihre Identität zu integrieren. Sie lernen unter anderem körperliche Veränderungen zu akzeptieren, entdecken intime Beziehungen sowie Sexualität und lösen sich emotional von den Eltern ab, wobei diese wichtige Bezugspersonen bleiben (S. 282-289). Gemäss Cassée (2010) ist für das frühe Erwachsenenalter, von 20 bis 40 Jahren, die Verantwortungsübernahme der eigenen Lebensführung kennzeichnend, indem der Auszug aus dem Elternhaus sowie das Sicherstellen der eigenen Existenz von grosser Bedeutung sind. Weiter ist der Berufseintritt, die Wahl der Partnerin oder des Partners sowie die Gründung einer Familie in diesem Lebensabschnitt sehr zentral (S. 291-294).

5.3 Aspekt Partner

Genauere Angaben zu Partnerschaften bei Menschen mit einer psychischen Erkrankung liegen nicht vor. Es wird jedoch davon ausgegangen, dass eine psychische Krankheit eher negative Auswirkungen auf die Zufriedenheit sowie Stabilität einer Beziehung hat. Aufgrund von krankheitsbedingten Einschränkungen sind Betroffene meist nicht in der Lage, eine langfristige Beziehung zu führen, wobei Frauen mit einer psychischen Erkrankung häufiger in einer Ehe oder einer Partnerschaft leben. Eine stabile und intakte Beziehung kann sich positiv auf den Krankheitsverlauf und die Sozialprognose auswirken und als Schutzfaktor dienen. Dies bedeutet wiederum, dass Betroffene mit einem günstigeren Krankheitsverlauf eher eine Partnerin oder einen Partner finden und die Beziehung aufrechterhalten können (Jungbauer & Lenz, 2008, S. 8-9). Längere oder immer wiederkehrende Krankheitsphasen lösen bei der Partnerin oder bei dem Partner Ängste und Sorgen hinsichtlich der Zukunft aus. Aufgrund der Krankheitssymptomatik und den veränderten Bedürfnissen, wie zum Beispiel Antriebslosigkeit oder dem Wunsch nach Ruhe, müssen zusätzliche Aufgaben im Haushalt oder in der Kinderbetreuung durch die gesunde Partnerin oder den gesunden Partner übernommen werden. Diese Veränderungen im Tagesablauf können zu Belastungen aber auch Konflikten und zu einer angespannten Atmosphäre führen (Lenz, 2016, S. 50). Die krankheitsbedingten Einschränkungen wirken sich häufig negativ auf die Partnerschaft aus (Jungbauer & Lenz, 2008, S. 13). Aufgrund der Krankheit sind Betroffene oft nicht mehr in der Lage, allen Aufgaben und Verpflichtungen nachzukommen, was eine Reorganisation des Alltags sowie neue Aufgabenverteilungen erfordert. Eine weitere Belastung für die Partnerin oder den

Partner stellen Veränderungen in der Persönlichkeit dar, welche auf die Erkrankung zurückzuführen sind. Diese Veränderungen und Belastungen beeinflussen auch die Partnerschaft und die jeweiligen Rollen. Eine symmetrische Rollenkonstellation kann sich zu einer komplementären ändern, wenn die gesunde Partnerin oder der gesunde Partner auf Dauer eine unterstützende Funktion hat. Aufgrund der veränderten Bedürfnisse, entstehen auch Veränderungen in sexueller Hinsicht, welche als grosse Belastung wahrgenommen werden können. Oft kann die gesunde Partnerin oder der gesunde Partner nicht mehr das Gewohnte vom Gegenüber erwarten. Die bisherige Beziehungsdefinition wird in Frage gestellt und muss neu definiert werden. Der erlebte Kontrollverlust kann durch die zunehmende gemeinsame Krankheitserfahrung vermindert werden. Die gesunde Partnerin oder der gesunde Partner lernt mit der Zeit, die Symptome besser einzuschätzen sowie adäquat darauf zu reagieren. Dies kann wiederum die Selbstwirksamkeitsüberzeugung stärken, da die psychische Erkrankung weniger bedrohlich erscheint (Jungbauer & Lenz, 2008, S. 14-15).

6 Handlungsfelder und Interventionen der Sozialen Arbeit

Die Soziale Arbeit kommt in den unterschiedlichsten Handlungsfeldern mit psychisch erkrankten Menschen in Berührung. Mögliche Arbeitsfelder sind beispielsweise die KESB, Klinische Sozialarbeit in Psychiatrien oder Spitälern, Familienberatungsstellen, Arbeitsintegrationsangebote und Sozialdienste. Untenstehend werden einige konkrete Handlungsfelder, Aspekte des Kindesschutzes sowie ausgewählte Massnahmen und Interventionen genauer betrachtet. Abschliessend wird eine Auswahl an Angeboten aus der Schweiz und aus Deutschland vorgestellt.

6.1 Freiwilliger und zivilrechtlicher Kindesschutz

Der Staat ist zum Schutz der Kinder verpflichtet, dies ergibt sich unter anderem aus dem Art. 11 Abs. 1 der Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft (BV), der UN-Konvention über die Rechte des Kindes (UN-KRK), der Europäischen Menschenrechtskonvention (EMRK) sowie dem UNO Pakt II. Die Umsetzung dieser Schutzpflicht des Staates wird unter anderem im freiwilligen und zivilrechtlichen Kindesschutz geregelt (Rosch & Hauri, 2016a, S. 406).

In den Art. 307 bis Art. 312 ZGB sind verschiedene Massnahmen aufgeführt, welche stufenweise erfolgen können und unterschiedlich starke Eingriffe in die elterlichen Kompetenzen bedeuten (Hauri & Zingaro, 2013, S. 20). Die untenstehende Tabelle

fasst die Massnahmen zusammen und dient als Übersicht für die folgenden Erläuterungen.

Massnahmen und Gesetzesartikel	Ziel	Voraussetzungen	Betroffene	Gewichtung der Massnahmen
Ermahnung Art. 307 Abs. 3 ZGB	Nach erfolgter Ermahnung sollte das Kindeswohl sichergestellt sein.	<ul style="list-style-type: none"> • Verhältnismässigkeits-Prüfung • Kooperation und Einsicht der Eltern • Kindeswohlgefährdung 	<ul style="list-style-type: none"> • Eltern • Pflegeeltern • Personen aus dem Umfeld des Kindes • Kind 	schwächste Massnahme
Weisungen Art. 307 Abs. 3 ZGB	Personen sollen Dinge unterlassen oder konkrete Dinge ausüben zum Wohle des Kindes.	<ul style="list-style-type: none"> • Kooperationsfähigkeit • Kooperationswilligkeit • Kindeswohlgefährdung • Verhältnismässigkeits-Prüfung 	<ul style="list-style-type: none"> • Eltern • Pflegeeltern • Personen aus dem Umfeld des Kindes • Kind 	verbindlicher als Ermahnung
Erziehungsaufsicht Art. 307 Abs. 3 ZGB	Überwachende Begleitung, eine Person oder eine Stelle erhält Auskunft von Sorgeberechtigten bzw. vom Kind.	<ul style="list-style-type: none"> • Kindeswohlgefährdung • Verhältnismässigkeits-Prüfung 	<ul style="list-style-type: none"> • Sorgeberechtigte • Kind 	oft in Kombination mit Weisungen
Erziehungsbeistandschaft Art. 308 ZGB	Beiständin oder Beistand steht mit Rat und Tat zur Seite.	<ul style="list-style-type: none"> • Setzt Veränderungsbereitschaft der Sorgeberechtigten voraus • relativ schwache bis relativ starke Kindeswohlgefährdung • Verhältnismässigkeits-Prüfung 	<ul style="list-style-type: none"> • Sorgeberechtigte • Kind 	häufigste zivilrechtliche Massnahme
Aufhebung des Aufenthaltsbestimmungsrechtes Art. 310 ZGB	Behebung der Gefährdung → Fremdplatzierung durch die KESB.	<ul style="list-style-type: none"> • Wesentliche Kindeswohlgefährdung • Verhältnismässigkeits-Prüfung • Abwägung zwischen problematischen Szenarien (Gefahr der Entwurzelung, Beziehungsabbrüche etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> • Sorgeberechtigte • Kind 	schwerer Eingriff in die Elternrechte
Entziehung der elterlichen Sorge Art. 311 und Art. 312 ZGB	Behebung der Gefährdung → Ernennung einer Vormundin oder eines Vormundes.	<ul style="list-style-type: none"> • Sorgeberechtigte sind nicht in der Lage die elterliche Sorge auszuüben • Sorgeberechtigte haben sich nicht um das Kind gekümmert • Massive Kindeswohlgefährdung • Verhältnismässigkeits-Prüfung 	<ul style="list-style-type: none"> • Sorgeberechtigte • Kind 	stärkster Eingriff in die elterlichen Rechte

Tabelle 4: Übersicht Massnahmen des zivilrechtlichen Kindesschutzes (eigene Darstellung auf der Basis von Rosch & Hauri, 2016b, S. 421-449)

6.1.1 Verhältnismässigkeitsprinzip

Sämtliche staatliche Handlungen müssen im öffentlichen Interesse und verhältnismässig sein. Alle staatlichen Massnahmen müssen die drei Teilgehalte, *Geeignetheit*, *Erforderlichkeit* und *Zumutbarkeit*, der Verhältnismässigkeit erfüllen. Eine staatliche Anordnung muss geeignet sein, das heisst, sie muss einen bestimmten Zweck erfüllen und eine konkrete Wirkung entfalten. Ebenfalls muss eine behördliche Anordnung erforderlich sein. Wenn kein weniger belastendes und gleichermassen erfolgversprechendes Mittel vorhanden ist, dann erscheint eine Anordnung als geeignet. Eine Massnahme muss für die betroffene Person zumutbar sein, was bedeutet, dass der Eingriff in die Grundrechte der Person weniger schwerwiegend erscheint als die in Frage stehenden öffentlichen Interessen. Die privaten und die öffentlichen Interessen müssen immer sorgfältig gegeneinander abgewogen werden (Marianne Schwander, 2013, S. 53-54).

Die Anordnung der zivilrechtlichen Kinderschutzmassnahmen erfolgt durch die KESB am Wohnsitz des Kindes, wodurch die örtliche Zuständigkeit gegeben ist. Lebt das Kind nicht bei den Eltern, sondern beispielsweise bei Pflegeeltern, so ist der Aufenthaltsort des Kindes massgebend für die Zuständigkeit der Behörde. Werden im Falle einer Scheidungsregelung oder eines Eheschutzverfahrens Kinderschutzmassnahmen getroffen, liegt die sachliche Zuständigkeit beim Gericht. Der Vollzug der Massnahmen obliegt jedoch in beiden Fällen der KESB (Hauri & Zingaro, 2013, S. 23-24).

6.1.2 Erziehungsbeistandschaft

Die Erziehungsbeistandschaft umfasst unterschiedliche Massnahmen, welche auch miteinander kombiniert werden können. Nachfolgend werden drei Varianten beschrieben:

Erziehungsbeistandschaft nach Art. 308 Abs. 1 ZGB («mit Rat und Tat»)

Dies ist die schwächste Form der Erziehungsbeistandschaft, bei welcher der Beiständin oder dem Beistand vor allem beratende Tätigkeiten zukommen. Die Familie erhält unter anderem Unterstützung bei der Koordination und Inanspruchnahme von anderen Hilfeleistungen, jedoch hat die Beiständin oder der Beistand keine Vertretungsbefugnis und darf nicht ohne schriftliche Einwilligung der Sorgeberechtigten oder des urteilsfähigen Kindes Auskünfte bei Dritten einholen. Eine Veränderungsbereitschaft der Familie wird bei dieser Form der Erziehungsbeistandschaft vorausgesetzt oder soll durch Beratungen erreicht werden (Rosch & Hauri, 2016b, S. 425-426).

Erziehungsbeistandschaft nach Art. 308 Abs. 2 ZGB («besondere Befugnisse»)

Bei dieser Form können der Beiständin beziehungsweise dem Beistand besondere Befugnisse, Vertretungsbefugnisse oder Tathandlungen, übertragen werden. Bei Vertretungsbefugnissen kann die Beistandsperson das Kind vertreten, beispielsweise kann ein Ausbildungsvertrag durch diese abgeschlossen werden, anstelle durch die Sorgeberechtigten. Die elterliche Sorge wird aber nicht beschränkt, was bedeutet, dass die Sorgeberechtigten nach wie vor den Vertrag in Vertretung ihres Kindes unterzeichnen können. Dies wird auch als konkurrierende oder parallele Kompetenz der Beiständin oder des Beistands und der Sorgeberechtigten bezeichnet, da sowohl die Eltern als auch die Beistandsperson handeln können. Die Eltern dürfen jedoch die Handlungen der Beiständin oder des Beistands nicht verhindern oder durchkreuzen und müssen sich im Klaren sein, dass sie selber auch informationspflichtig sind. Bei Tathandlungen kann die Beistandsperson beispielsweise Besuchsmodalitäten des

persönlichen Verkehrs festlegen, aber nicht über dessen Umfang oder Aufhebung entscheiden (Rosch & Hauri, 2016b, S. 426-427).

Erziehungsbeistandschaft nach Art. 308 Abs. 2 in Verbindung mit Abs. 3 ZGB («Beschränkung der elterlichen Sorge»)

Die elterliche Sorge kann in unterschiedlichen Bereichen eingeschränkt werden. Beispielsweise im Bereich der Ausbildung, wenn die Sorgeberechtigten den von der Beiständin oder vom Beistand unterzeichneten Ausbildungsvertrag rückgängig machen. Falls solches Verhalten öfter auftritt, kann ihnen in diesem Bereich eine Einschränkung ihrer elterlichen Sorge gemacht werden. Danach können Ausbildungsverträge nur noch durch die Beistandsperson abgeschlossen und unterzeichnet werden (Rosch & Hauri, 2016b, S. 427-428).

6.1.3 Sozialpädagogische Familienbegleitung

Sozialpädagogische Familienhilfe (SPFH¹) agiert direkt bei den betroffenen Familien zu Hause und weicht daher von üblichen psychotherapeutischen Behandlungsangeboten ab. Die sozialpädagogische Fachperson bearbeitet mit den Familienmitgliedern alltägliche Problemstellungen, hilft der Familie Bewältigungsstrategien zu entwickeln sowie einen strukturierten Alltag zu gewährleisten. Es wird versucht, zusammen mit der SPF, familiäre Probleme wie beispielsweise Ehe- oder Erziehungsprobleme zu lösen. Die SPF steht den Eltern in einer assistierenden Funktion zur Seite, um diese in ihrer Elternrolle zu befähigen und zu einer optimalen Entwicklung der Kinder beizutragen. Die SPF hat zum einen die Aufgabe betroffenen Familien Hilfestellungen zu bieten, andererseits hat sie aber auch eine Kontrollfunktion zu erfüllen (Michael Rehder, 2016, S. 84-85). Erscheint das Kindeswohl gefährdet, kann es eine Verschiebung in den Zwangskontext geben, um dieser Gefährdung entgegenzuwirken. Zu Beginn wird ein klärendes Gespräch mit der betroffenen Familie, der jeweiligen behördlichen Stelle, der sozialpädagogischen Fachkraft und allfälligen weiteren Fachpersonen oder Menschen aus dem vertrauten Familienumfeld durchgeführt. Es werden erste Erwartungen, Ziele und Aufgaben definiert, welche aber auch erst im Verlauf einer weiteren Klärungsphase überprüft und angepasst werden können (Andreas Gut, 2014, S. 13).

Eine sozialpädagogische Fachkraft sollte bezugswissenschaftliches Fachwissen aufweisen, um eine professionelle Einschätzung machen zu können. Professionelles Handeln zeichnet sich dadurch aus, dass beobachtbares Verhalten der Eltern in Relation zu einer allfälligen psychischen Erkrankung betrachtet und reflektiert wird.

¹ Sozialpädagogische Familienhilfe (SPFH) aus Deutschland wird in der Schweiz sinngemäss Sozialpädagogische Familienbegleitung (SPF) genannt.

Gewisse Verhaltensweisen können je nach Krankheitsbild, Phase sowie Ausmass der Erkrankung oftmals nur bedingt erreicht werden. Beispielsweise muss der Fachperson klar sein, dass sich an Schizophrenie erkrankte Eltern während eines akuten psychotischen Schubs nicht bewusst sind, dass ihr Erleben häufig nicht der Realität entspricht. Fachpersonen müssen abwägen können, inwiefern die elterliche Erkrankung den Familienalltag tangiert. Aufgrund dessen müssen die Anforderungen an die Eltern hinterfragt werden, um eine allfällige Überforderung auszuschliessen. Möglicherweise müssen noch weitere Hilfesysteme, wie beispielsweise eine Ärztin oder ein Arzt oder Hilfe im Haushalt, aktiviert werden (Rehder, 2016, S. 99-100).

Um eine sozialpädagogische Diagnostik machen zu können, sollten folgende Aspekte bedacht werden:

- Inwiefern wirkt sich die psychische Störung auf den Alltag und die Erziehung aus?
- Wie viele Aufgaben und Funktionen kann der betroffene Elternteil aufgrund der psychischen Erkrankung noch übernehmen?
- Wo braucht es konkrete Unterstützung und Entlastung?
- Wie können die elterlichen Ressourcen gestärkt werden, damit die Erziehung auf Dauer wieder eigenständig gewährleistet werden kann?
- Ist die kindliche Entwicklung gefährdet? Braucht es allfällige Unterstützung, beispielsweise Frühförderung?

(Rehder, 2016, S. 101).

Gemäss Gut (2014) sind die Ausgestaltung der Hilfe und die Zielsetzungen immer eine individuelle Aushandlungssache zwischen der Familie, der jeweiligen behördlichen Stelle sowie der Fachperson. Die Voraussetzung für eine gelingende SPF ist die aktive Mitarbeit der Familie, da die SPF die Menschen mittels «Hilfe zur Selbsthilfe» unterstützt. Die Stärkung der vorhandenen Ressourcen und die niedrigschwellige und alltagsnahe Unterstützungsform sind kennzeichnend für die SPF (S. 15).

6.1.4 Aufhebung des Aufenthaltsbestimmungsrechts

Ein Teil der elterlichen Sorge ist das Recht über den Aufenthalt des Kindes zu bestimmen. Seit dem 1. Juli 2014 wird nicht mehr der Begriff «Obhutsentzug» verwendet, sondern der Begriff «Aufhebung des Aufenthaltsbestimmungsrechts». Wo sich das Kind aufhält und durch wen es betreut wird, wird als Obhut bezeichnet. Somit können die Sorgeberechtigten beispielsweise darüber entscheiden, dass ihr Kind zwei

Tage pro Woche durch eine Tagesmutter fremdbetreut wird. Während dieser Zeit hat die Tagesmutter die Obhut inne und daraus entstehen ebenfalls gewisse Sorgfaltspflichten (Rosch & Hauri, 2016b, S. 434).

Sollte eine wesentliche Kindeswohlgefährdung vorliegen, kann die KESB den Sorgeberechtigten das Aufenthaltsbestimmungsrecht entziehen, wodurch das Recht auf die KESB übertragen wird. Es liegt in der Verantwortung der KESB, das Kind adäquat zu platzieren. Eine Fremdplatzierung ist ein gravierender Eingriff in die Elternrechte und für die Kinder ist diese Massnahme oftmals ein einschneidendes und prägendes Erlebnis (Rosch & Hauri, 2016b, S. 434). Die Platzierung eines Kindes ist üblicherweise die letzte Möglichkeit, sofern die Betreuung und Förderung nicht anderweitig gewährleistet werden kann. In den meisten Fällen gehen einer Platzierung lange ambulante Therapien und Beratungen voraus, mit welchen die Probleme zu bewältigen versucht werden. Die Umstände, wann und weshalb ein Kind platziert werden soll, sind immer individuell und es bedarf einer umfassenden Betrachtung und Analyse der Umstände, bevor eine Platzierung in ein Heim oder eine Pflegefamilie in Betracht gezogen wird (Claudia Arnold, Kurt Huwiler, Barbara Raulf, Hannes Tanner & Tanja Wicki, 2008, S. 75).

6.1.5 Umgang mit der Klientel im Zwangskontext

Wenn Klientinnen und Klienten eine Kontaktaufnahme verordnet wird, beispielsweise mit einem Sozialen Dienst, kann dies als äusserlicher Eingriff in die eigene Lebenswelt betrachtet werden. Ein solcher Eingriff kann starke Reaktionen, wie etwa Widerstand, bei der Klientel auslösen (Harro Dietrich Kähler & Patrick Zobrist, 2013, S. 51).

Ist das Kindeswohl gefährdet und können die Eltern nicht selber für Abhilfe sorgen, so werden Kindesschutzmassnahmen durch die Behörde angeordnet. Die Eltern oder das Kind sind somit häufig nicht direkte Auftraggebende der Behörde, daher kann nicht davon ausgegangen werden, dass die Betroffenen motiviert sind mit dieser zu kooperieren. Ein möglicher Grund für die fehlende Kooperation ist, dass eine Behörde wie die KESB oder deren abklärende Personen und Mandatsträgerinnen und Mandatsträger ein gewisses Machtverhältnis innehaben. Bei familialem Widerstand sollten daher immer alle Sichtweisen sämtlicher Betroffenen angehört und gewürdigt werden. Die Fachpersonen sollten versuchen zu verstehen, weshalb sich die Personen in einer bestimmten, für sie sinnvollen, Weise verhalten. Des Weiteren sollte verdeutlicht werden, welche Ziele und Veränderungen erreicht werden müssen, damit eine Aufhebung einer angeordneten Massnahme erfolgen kann. Es sollten Hilfestellungen aufgezeigt werden, welche es der betroffenen Familie ermöglichen, ein

Leben ohne eine behördliche Massnahme zu führen. In der Familienarbeit im Zwangskontext haben sich unter anderem die motivierende Gesprächsführung, die lösungsorientierte und die systemische Beratung als besonders geeignet erwiesen (Rosch & Hauri, 2016b, S. 433-434). William R. Miller und Stephen Rollnick (2009) haben acht unterschiedliche Strategien im Rahmen der motivierenden Gesprächsführung entwickelt, welche die Fachperson im Umgang mit Widerstand seitens der Klientel anwenden kann:

1. Einfache Reflexion

Die beratende Person sollte den Widerstand der Klientel nicht mittels eigenem Widerstand entgegnen, sondern die Gefühle und Aussagen des Gegenübers wahrnehmen, verstehen und diese stets reflektieren.

2. Verstärkte Reflexion

Die Beraterin oder der Berater sollte der Klientel die als Widerstand aufgefassten Aussagen zurückspiegeln, damit diese sich davon distanzieren und allfällige Ambivalenzen ausdrücken kann.

3. Doppelseitige Reflexion

Bei der doppelseitigen Reflexion sollen beide Seiten der Ambivalenz aufgezeigt und einander gegenübergestellt werden.

4. Den Fokus verändern

Ein anderes, für die Klientel leichter zu bearbeitendes Thema, soll zuerst angegangen werden. Oftmals kann es bei dem Thema, welches den Widerstand auslöst, zu Blockaden kommen und daher erscheint ein Zurückstellen der Angelegenheit oft sinnvoll.

5. Umformulieren

Die beratende Person probiert eine neue Perspektive zu schaffen, bei welcher eine Veränderungsabsicht der Klientel wahrscheinlicher wird. Parallel dazu werden die Wahrnehmungen und Gefühle der Klientel versucht zu erwidern.

6. Zustimmung mit einer Wendung

Diese Strategie ist eine Mischform aus den vorhergehenden Strategien «1. Einfache Reflexion» und «5. Umformulierung». Einerseits erfolgt eine Reflexion, danach die Zustimmung der beratenden Person sowie der Schaffung einer neuen Perspektive.

7. Betonung der persönlichen Wahlfreiheit und Kontrolle

Oftmals werden Autonomieeinschränkungen erlebt, welche objektiv betrachtet gar nicht existieren. Die Beraterin oder der Berater soll wo immer möglich die Autonomie-möglichkeiten der Klientel ausfindig machen und aufzeigen.

8. Zur Seite treten

Diese Strategie sollte mit Bedacht angewendet werden, denn hierbei wird versucht, ein Argument gegen eine Veränderung der Klientel zu suchen. Dies soll, paradoxerweise, ein Anstoss für den Veränderungsprozess auslösen können

(S. 141-150).

Das ZGB regelt in Art. 314 Abs. 1 in Verbindung mit Art. 448 Abs. 1 die Mitwirkungspflicht aller an einem Verfahren beteiligter Personen. Diese kann allenfalls, bei fehlender Mitwirkung, zwangsweise durchgesetzt werden. Gemäss Kähler und Zobrist (2013) ist es hilfreich die Klientel in Zwangskontexten bereits zu Beginn an den Entscheidungen sowie Planungen teilhaben zu lassen. Auf eine Machtausübung seitens der beratenden Person sollte verzichtet werden. Die Autonomie der Klientel sollte so weit als möglich erhalten bleiben und die Beraterin oder der Berater soll allfällige Wahlmöglichkeiten schaffen. Eine fachliche Begründung sämtlicher Interventionen und deren Dokumentation und Legitimation sind unerlässlich für Fachkräfte in Zwangskontexten. Die Supervision oder sonstige kollegiale Beratungen können im Rahmen der Arbeit mit der Klientel Hilfestellungen bieten (S. 75).

6.2 Umgang mit der Krankheit in der Familie

Wie in Kapitel 5.2.3 dargelegt wurde, sind das Krankheitswissen und Krankheitsverstehen sowie ein offener und aktiver Umgang mit der Erkrankung in der Familie besondere Schutzfaktoren für Kinder psychisch kranker Eltern.

Wie die Eltern und die Familie mit der Erkrankung eines Elternteils und den einhergehenden Veränderungen umgehen, wird von den Kindern genau beobachtet. Die betroffenen Kinder richten ihren Umgang mit der elterlichen Erkrankung nach dem gelebten Vorbild der Eltern. Ein adäquater Umgang mit der Erkrankung kann dem Kind helfen, sich im veränderten Alltag zurechtzufinden sowie Belastungen zu verarbeiten. Sowohl der gesunde als auch der erkrankte Elternteil sollen eine einsichtige und akzeptierende Haltung haben, wobei die Krankheit weder verleugnet noch überbewertet wird. Es soll darauf geachtet werden, dass kein Familienmitglied über- oder unterfordert wird. Zwischen den Eltern und den Bezugspersonen der Familie sollen offene Gespräche über die Krankheit und die Situation möglich sein, da das

Umfeld auch als Ressource genutzt werden kann. Die Kinder dürfen kein Redeverbot erhalten, sondern sollten in die Gespräche miteinbezogen werden und Fragen dazu stellen dürfen. Die Organisation des Familienalltags ist zentral, wobei Aufgaben neu verteilt werden können. Verbessert sich die psychische Verfassung des erkrankten Elternteils, kann sich dies stärkend auf das Kind auswirken und kann zusätzlich durch professionelle Hilfe unterstützt werden (Lenz & Brockmann, 2013, S. 71-72).

6.2.1 Einbezug der Kinder

Wenn Kinder Verhaltensveränderungen bei den Eltern nicht einschätzen können, verspüren sie Ängste und Sorgen. Aufgrund dessen ist eine altersadäquate Aufklärung des Kindes hinsichtlich der Erkrankung von zentraler Bedeutung. Im Vordergrund steht nicht die Vermittlung von Fakten bezüglich der Krankheit, sondern ein Gespräch, das auf den Fragen, Sorgen und Ängsten der Kinder aufbaut. Dies kann ihnen helfen, Verständnis für die elterliche Verhaltensveränderung und die Veränderungen des Familienalltags zu entwickeln (Lenz & Brockmann, 2013, S. 70). Wie Manfred Pretis und Aleksandra Dimova (2016) ausführen, sind je nach Alter des Kindes unterschiedliche Reaktionen möglich, was wiederum heisst, dass die Kinder nicht dazu gezwungen werden dürfen sich mit der elterlichen Erkrankung auseinanderzusetzen. Nicht selten werden Fachpersonen für die Aufklärung des Kindes beigezogen, da sich betroffene Eltern dabei überfordert fühlen oder sie es vor Belastungen schützen wollen, indem sie dem Kind keine Informationen zur Verfügung stellen. Dazu ist jedoch eine minimale Krankheitseinsicht seitens der Eltern notwendig. Eine vereinfachte Erklärung anhand von biologisch-orientierten Modellen ist etwa ab dem Vorschulalter möglich. Dieses Erklärungsmodell wird häufig verwendet, um mögliche Schuldzuschreibungen zu verringern (S. 71-72). Wie Lenz (2010) darlegt, bildet eine dem Alter und Entwicklungsstand des Kindes entsprechende Aufklärung hinsichtlich der elterlichen Erkrankung einen wichtigen Schutzfaktor, welcher die kindliche Widerstandsfähigkeit stärkt. Zentrale Inhalte des Gesprächs sind oftmals die krankheitsbedingten Veränderungen im familiären Alltag und ob das Kind eine Schuld trägt, dass ein Elternteil erkrankt ist. Des Weiteren wird thematisiert wie hoch das Risiko des Kindes ist, selber einmal zu erkranken sowie dessen Verhalten gegenüber dem psychisch kranken Elternteil (S. 31-32). Für das Gespräch können Bücher, Filme oder sonstige Hilfsmittel zur Veranschaulichung dienlich sein. Während genügend Zeit für das Gespräch zur Verfügung steht, sollte es zudem situationsadäquat sein und sich an den Fragen des Kindes orientieren. Wenn Kinder keine Informationen hinsichtlich der Krankheit wünschen, können alternativ die Eltern dazu ermutigt werden, vor ihrem Kind ihr aktuelles Befinden zu verbalisieren. Schuldgefühle seitens der Kinder bezüglich der

elterlichen Erkrankung können dadurch verringert werden, was wiederum eine Entlastung sein kann (Pretis & Dimova, 2016, S. 72-74).

Um Kindern das Sprechen über Schwierigkeiten und Unsicherheiten im Zusammenhang mit der elterlichen Erkrankung zu erleichtern, eignet sich die «Teddyklinik». Vielen Kindern fällt es leichter mit Stofftieren darüber zu sprechen. Im Gespräch mit einer Fachperson wird das Kind erst einmal gebeten, an einer Stoffpuppe Symptome einer somatischen Krankheit, wie beispielsweise Kopfschmerzen, zu zeigen. Darauf aufbauend illustriert die Fachperson an einer anderen Stoffpuppe typische Symptome der psychischen Krankheit, an welcher die Mutter oder der Vater leidet (Marius Metzger, ohne Datum, S. 1).

6.2.2 Patenschaften

Wie in den Kapiteln 4 und 5 aufgezeigt wurde, besteht ein erhöhtes Risiko, dass die kindlichen Bedürfnisse aufgrund der elterlichen Erkrankung nicht befriedigt werden können und dem Kind in akuten Krankheitsphasen keine Bezugsperson zur Verfügung steht.

Kinder psychisch kranker Eltern können mithilfe einer Patenschaft unterstützt werden. Die Idee dabei ist, dass in akuten Krankheitsphasen, welche mit vielen Belastungen einhergehen können, den Kindern eine stabilisierende Bezugsperson ausserhalb der Familie zur Verfügung steht. Aufgrund der Krankheitssymptomatik können betroffene Eltern nicht immer allen elterlichen Verpflichtungen nachkommen. Eine Patin oder ein Pate soll dem Kind Schutz und Entlastung bieten sowie es in seiner Entwicklung unterstützen. Bedeutend ist, dass die Eltern-Kind-Beziehung aufrechterhalten wird (Horst-Volkmar Trepte, 2008, S. 83). Eine Patenschaft soll nicht in einer akuten Krise errichtet werden, sondern in einer stabilen Phase. Eine Patin oder ein Pate bietet nicht nur Unterstützung für das Kind, sondern kann auch in stabilen Zeiten eine Entlastung für den betroffenen Elternteil sein, da diese im Alltag zu gewissen Zeiten die Kinderbetreuung übernehmen können (Hanna Christiansen, Jana Anding & Luisa Donath, 2014, S. 95-96).

6.3 Stärkung der elterlichen Erziehungsfähigkeit

Wie in Kapitel 3 dargelegt wurde, ist die elterliche Erziehungsfähigkeit gegeben, wenn die elterlichen Kompetenzen ausreichen, um die kindlichen Grundbedürfnisse zu befriedigen. Es gilt daher, die betroffenen Eltern in ihren Kompetenzen zu stärken.

Ludewig et al. (2015) nennen die Krankheitseinsicht, die Inanspruchnahme von professioneller Hilfe, die Aufklärung des Kindes hinsichtlich der elterlichen Erkrankung sowie eine adäquate Fremdversorgung des Kindes während akuten Krankheitsphasen als positive Aspekte, um die elterliche Erziehungsfähigkeit aufrechtzuerhalten (S. 603). Lenz (2008) zeigt zudem die Wichtigkeit der Stärkung des Erziehungsverhaltens auf, sodass die betroffenen Eltern die kindlichen Grundbedürfnisse befriedigen und ihre Kinder in deren Entwicklung adäquat unterstützen können (S.113). Ulrike Petermann und Franz Petermann (2006) zeigen sechs Aspekte der Erziehungskompetenz auf:

- Beziehungsfähigkeit
- Kommunikationsfähigkeit
- Fähigkeit Grenzen zu setzen
- Fähigkeit das Kind zu fördern
- Vorbildfähigkeit
- Fähigkeit den Alltag zu bewältigen

(S. 2).

Können die kindlichen Grundbedürfnisse aufgrund der krankheitsbedingten Einschränkungen nicht gewährleistet werden, so können Massnahmen wie beispielsweise eine Beistandschaft oder eine sozialpädagogische Familienbegleitung unterstützend wirken (Ludewig et al., 2015, S. 610). Wie Lenz (2008) darlegt, hängt eine erfolgreiche Bewältigung von belastenden Lebensumständen davon ab, inwiefern personale und soziale Ressourcen vorhanden sind und auch aktiviert werden können. Das Vorhandensein von Ressourcen stärkt darüber hinaus das Wohlbefinden sowie den Selbstwert der betroffenen Eltern (S. 100-101).

6.3.1 Ressourcenaktivierung

Häufig können Familien mit einem psychisch kranken Elternteil die vorhandenen Ressourcen nicht wahrnehmen, fühlen sich hoffnungslos und trauen sich selbst nichts mehr zu. Diese negative Sicht erstreckt sich oftmals auch auf die funktionierenden Lebensbereiche, was wiederum die Notwendigkeit aufzeigt, in Beratungen den Blick auf die Stärken und Ressourcen zu richten (Lenz, 2008, S. 102). Lösungsorientierte Beratungsmethoden eignen sich besonders zur Ressourcenaktivierung, da die Aufmerksamkeit nicht auf den Defiziten liegt. Mittels gezielten Fragetechniken wird nach Stärken gesucht. Im lösungsorientierten Ansatz dienen Fragen nicht nur der Informationsgewinnung, sondern sind zugleich eine Form der Intervention, da sie Denkprozesse anregen, indem neue Sichtweisen gewonnen werden (Lenz, 2008, S.

105). Wie Paul Watzlawick, Janet H. Beavin und Don D. Jackson (2011) ausführen, kann man nicht *nicht* kommunizieren, da jede Art von Kommunikation einen Mitteilungscharakter enthält (S. 59). Eine mögliche Frageform, um Denkprozesse anzuregen, wäre die «Wunderfrage». Hierbei wird auf die Fantasie der Klientin oder des Klienten gesetzt, wodurch gewohnte Denkmuster durchbrochen werden. Die Vorstellung eines Wunders kann dazu beitragen, dass das eigene Leben Gestaltungsmöglichkeiten bietet und vermeintlich unüberwindbare Hindernisse doch zu bewältigen sind (Lenz, 2008, S. 105-106). Als weitere mögliche Form von lösungsorientierten Fragen nennen Arist von Schlippe und Jochen Schweitzer (2013) die Frage nach den Ausnahmen von Problemen. Oft ist eine Person in der Beratung besonders problemorientiert, wobei das, was gut ist, aus dem Fokus gerät. Mit der Frage nach Ausnahmen, bei welchen das Problem nicht besteht, können Ressourcen aufgedeckt und bewusstgemacht werden (S. 266). Aufgrund der wiederkehrenden Belastungen, einer möglichen Verschlechterung des Gesundheitszustandes und den einhergehenden Gefühlen von Hilflosigkeit und Hoffnungslosigkeit, fällt es den betroffenen Personen nicht immer leicht, ihre Ressourcen zu benennen. Daher ist es wichtig, dass Fachpersonen die betroffenen Eltern dabei unterstützen, ihre Ressourcen zu entdecken. Mögliche Strategien zur Stärkung der identifizierten Ressourcen sind das Zusammenfassen und Paraphrasieren von Gedankengängen der betroffenen Person sowie Komplimente aussprechen (Lenz, 2008, S. 108-109).

6.3.2 Empowerment

Zur eigenen Lebensgestaltung sowie um die Gesundheit und das Wohlbefinden aufrechtzuerhalten, benötigt der Mensch personale, familiäre, soziale, materielle und ökologische Ressourcen. Der Empowermentansatz geht davon aus, dass Menschen auch unter erschwerten Bedingungen genügend Ressourcen zur Verfügung haben, um ihr Leben zu gestalten und zu bewältigen. Individuelle Fertigkeiten und Fähigkeiten sowie die sozialen und kontextbezogenen Bedingungen sind massgebend, ob die jeweiligen Ressourcen aktiviert werden können (Lenz, 2008, S. 129-130). Die Soziale Arbeit ist dazu aufgerufen Menschen, im Sinne der «Hilfe zur Selbsthilfe», zu befähigen ihre Ressourcen so zu nutzen, dass soziale Problemlagen bewältigt oder abgewendet werden können (Helmut Lambers, 2015, S. 311). Dieser Grundsatz findet sich auch im Berufskodex der Sozialen Arbeit von AvenirSocial (2010) wieder: «Die Profession Soziale Arbeit fördert den sozialen Wandel, Problemlösungen in zwischenmenschlichen Beziehungen sowie die Ermächtigung und Befreiung von Menschen mit dem Ziel, das Wohlbefinden der einzelnen Menschen anzuheben» (S. 8). Das Ziel des Empowermentansatzes besteht in der Stärkung der Fähigkeit zur

Selbstbestimmung und Selbstveränderung. Professionelle Fachpersonen sollen Betroffene unterstützen, indem Handlungsspielräume durch die Aktivierung von Ressourcen erweitert werden, um dadurch Synergieeffekte anzustossen. Die Förderung von Empowerment ist nicht auf eine Ebene beschränkt, sondern kann auf individueller Ebene sowie im sozialen Umfeld stattfinden, wobei unter anderem die Stärkung des Selbstbewusstseins oder die Stärkung der gegenseitigen Unterstützung im Vordergrund steht. Die Intervention zielt darauf ab, noch unbekannte oder ungenutzte Ressourcen zu eruieren und sie für die Problembewältigung sowie zur Stärkung der Person zu aktivieren (Lenz, 2008, S. 130-131). Wichtig ist, dass die Fachperson bereits zu Beginn der Beratung die Aufmerksamkeit auf die Ressourcen und Stärken legt und der Klientin oder dem Klienten auf Augenhöhe begegnet, ohne den Expertenstatus in den Vordergrund zu rücken. Die Beratenden sollen in einem ständigen Dialog mit der Klientel sein, wobei sie eine unvoreingenommene Haltung einnehmen, um einen Zugang zu ihnen zu erhalten (Lenz, 2008, S. 102-103).

6.3.3 Recovery

«Recovery» wird unter anderem mit Erholung, Besserung und Genesung übersetzt, eine genauere Übersetzung liegt nicht vor. Das Ziel von Recovery ist ein selbstbestimmtes und sinnerfülltes Leben und hat für Menschen mit einer schweren psychischen Erkrankung eine besondere Bedeutung (Michaela Amering & Margit Schmolke, 2012, S. 17). Ines Langenegger (2014) beschreibt Recovery weiter als einen individuellen, nicht linearen Prozess, um das Beste aus dem Leben zu machen, ohne dabei den Fokus auf Defizite zu legen. Das primäre Ziel ist nicht vollständig symptomfrei zu sein und keine Behandlung in Anspruch zu nehmen, sondern einen Umgang mit den Lebensbereichen zu finden, die noch funktionieren, indem die Gesundheit gefördert wird und eine Sensibilisierung für Stärken und Ressourcen stattfindet (S. 41). Der Ansatz geht nicht davon aus, in den Zustand vor Erkrankungsbeginn zurückzukehren, sondern um negative Auswirkungen der Krankheit auf persönlicher und gesellschaftlicher Ebene zu überwinden. Dadurch wird eine persönliche Weiterentwicklung ermöglicht (Amering & Schmolke, 2012, S. 25). Patricia E. Deegan bezeichnet Recovery weiter als einen Lebensstil und eine Einstellung, sich den täglichen Herausforderungen zu stellen, wobei ein neues, positiv bewertetes Gefühl von Sinn und Integrität entwickelt werden kann (Deegan, 1988; zit. in Amering & Schmolke, 2012, S. 26). Das Erkennen und Akzeptieren von krankheitsbedingten Einschränkungen und die Einsicht, dass nicht alle Symptome abklingen müssen, lässt Betroffene ein selbstbestimmtes und eigenverantwortliches Leben führen. Zentral dabei ist, dass mit allfälligen Beeinträchtigungen konstruktiv umgegangen wird

(Amering & Schmolke, 2012, S. 29). Langenegger (2014) zeigt die bedeutende Rolle von professionellen Helferinnen und Helfern im Recovery-Ansatz auf. Eine empathische, respektvolle und von Vertrauen geprägte Grundhaltung seitens der Fachpersonen sowie das Zulassen von gesunden aber auch kranken Anteilen, gibt den Betroffenen Hoffnung, ihren persönlichen Weg zu gehen und die Kontrolle über das eigene Leben zurückzugewinnen (S. 42). Die Aufgabe der Fachpersonen besteht darin, sich nicht mehr als Expertin oder Experten hinsichtlich des Lebens der Klientin oder des Klienten zu sehen, sondern diese auf ihrem Weg zu begleiten und zu unterstützen. Recovery als personenzentrierter Ansatz ist ein aktiver Prozess seitens der Betroffenen, wobei es nicht darum geht, sie an institutionelle Strukturen anzupassen, sondern zu schauen, was hilfreich beziehungsweise was hinderlich ist (Amering & Schmolke, 2012, S. 331-332). Recovery kann auch die Kinder von psychisch kranken Eltern stärken, wenn es der Familie gelingt, widerstandsfähig mit den einhergehenden Belastungen umzugehen (Langenegger, 2014, S. 42).

6.3.4 Notfallbriefe und Krisenplan

In stabilen Phasen können psychisch erkrankte Eltern einen «Notfallbrief» schreiben, um in akuten Krankheitsphasen dem Kind Verständnis für die Situation zu geben sowie um es zu ermutigen, über diese zu sprechen. Dem Kind soll deutlich werden, dass es keine Verantwortung für die Situation trägt, wobei der erkrankte Elternteil sein Bedauern für die erneute Krankheitsepisode ausdrückt. Das Kind kann auf diese Weise an gute Zeiten aus der Vergangenheit erinnert werden. Ebenfalls kann dem Kind Hoffnung vermittelt werden, dass durch die Behandlung eine Besserung in Aussicht stehen kann. In einer akuten Phase soll das Kind den Brief lesen oder von jemandem vorgelesen bekommen. Auf diese Weise erhält der erkrankte Elternteil die Möglichkeit, dem Kind das auszudrücken, was er gerne würde, aber aufgrund der Krankheitsphase nicht dazu in der Lage ist. Haben die Eltern mehr als ein Kind, so soll für jedes einzelne Kind ein eigener Brief verfasst werden. Auf diese Weise können Betroffene ihrem Kind beistehen und fühlen sich selber nicht gänzlich hilflos. Je nach Alter des Kindes und Situation, kann der Brief direkt dem Kind oder einer Bezugsperson zur Aufbewahrung gegeben werden. In einer akuten Situation sollte der Brief dem Kind zeitnah zur Verfügung stehen (Katja Beeck, 2011, S. 2-3).

Ein Krisenplan dient dazu, dem Kind in einer akuten Krise Schutz und Sicherheit zu bieten. Das Kind soll sich an eine Vertrauensperson wenden können, ohne Angst oder Scham zu verspüren sowie ohne in einen Loyalitätskonflikt zu geraten. Im Plan sind ausführliche und verbindliche Absprachen vorgesehen, zu welchen Zeiten, in welcher

Form und in welchem Umfang sich das Kind an die genannte Vertrauensperson wenden kann. Die Schuldgefühle und die Sorgen in Bezug auf die Versorgung der Kinder können durch den ausformulierten Krisenplan gemildert werden (Lenz, 2010, S. 172).

6.4 Präventionsprojekte aus Deutschland und der Schweiz

Die Autorinnen haben eine Auswahl an konkreten Präventionsangeboten getroffen, welche im Anschluss vorgestellt werden. Die ersten drei Projekte kommen international zur Anwendung und die letzten zwei Angebote stammen aus der Schweiz.

6.4.1 KIPKEL – ein ambulantes Präventionsprojekt

Das Präventionsprojekt KIPKEL (Kinder psychisch kranker Eltern) wurde 1998 von Susanna Staets (2011) entwickelt. Das Ziel ist, die elterliche Erziehungskompetenz zu stärken, minderjährige Kinder aus schwierigen familiären Situationen in ihrer Persönlichkeitsentwicklung zu unterstützen sowie der gesamten Familie durch gemeinsames Erarbeiten von Lösungsansätzen zu helfen. Familien, bei welchen ein oder beide Elternteile an einer affektiven oder schizophrenen Psychose erkrankt sind, werden durch KIPKEL betreut. Die betroffenen Eltern haben unterschiedliche Ängste, welche es zu reduzieren gilt. Die niedrige Eingangsschwelle der Inanspruchnahme des Angebots ist häufig die Grundvoraussetzung für die betroffenen Familien. KIPKEL setzt an verschiedenen Stellen an:

Arbeit mit den Kindern und Familie

Der erste Kontakt erfolgt oftmals in der Klinik, bei einem stationären Aufenthalt. Die betroffenen Eltern können über ihre Sorgen und Ängste sprechen. Das Ziel ist ein Vertrauensaufbau sowie ein Abbau der Ängste.

Erstgespräch mit der Familie in der Praxis

Sämtliche Familienmitglieder werden nach der Entlassung des Elternteils zu einem Gespräch eingeladen. Die elterliche Erkrankung sowie die Lebenswelt der Kinder werden thematisiert. Das weitere Vorgehen über die Zusammenarbeit sowie die Terminvereinbarungen werden besprochen.

Arbeit mit den Kindern im Einzelkontakt

Kinder bringen meistens eigene Themen mit. Die Erkrankung der Eltern wird häufig erst zu einem späteren Zeitpunkt, sobald eine Vertrauensbasis geschaffen wurde, besprochen. Durch spielerische Interventionen werden innere Gefühle und Fantasien

der Kinder nach aussen transportiert. Es wird abgeklärt, ob ein präventives Angebot für sie ausreichend ist oder ob sie therapeutische Unterstützung benötigen.

Elternarbeit

Den Eltern werden die eigenen Kompetenzen aufgezeigt und ein neues Rollenverständnis soll definiert werden. Unsicherheiten bezüglich der Krankheitsbearbeitung mit den Kindern können hier besprochen und Unterstützung bezüglich einer offenen Kommunikation innerhalb der Familie geboten werden.

Familienarbeit

Eine Fachärztin oder ein Facharzt beantwortet unter anderem Fragen der Familie zu der elterlichen Erkrankung und Behandlungsmöglichkeiten. Des Weiteren werden Lösungs- und Bewältigungsstrategien der Familie erarbeitet.

Gruppenarbeit

Innerhalb einer kleinen Gruppe können sich die Kinder untereinander austauschen aber auch spielen und sich entspannen.

Vertraute Personen

Weitere Personen aus der Familie, der Nachbarschaft oder dem Freundeskreis der Familie können dem Kind und der gesamten Familie zusätzliche Unterstützung bieten. Falls die Familie eher isoliert lebt, sollte eine ehrenamtliche Person gefunden werden, welche diese Funktion übernimmt. Die Begleitung dieser Person erfolgt durch Mitarbeitende des Projekts.

Netzwerkarbeit

Einerseits fördert KIPKEL die Zusammenarbeit und das Verständnis der Erwachsenenpsychiatrie und der Jugendhilfe. Zudem sollen den Kindern auch Zugang zu öffentlichen Veranstaltungen wie beispielsweise Theateraufführungen oder sonstige Freizeitangebote ermöglicht werden. Durch die Kontakte von KIPKEL zu diversen Institutionen können teilweise kostenlose Angebote in Anspruch genommen werden. KIPKEL hat innerhalb von zehn Jahren einiges erreichen können, sowohl bei den Kindern und deren Familien, als auch in Form von Netzwerk- und Öffentlichkeitsarbeit (S. 136-141).

6.4.2 CHIMPs – Präventionsprojekt

CHIMPs, Children of mentally ill parents, ist ein Präventionsprojekt, welches die inner- und ausserfamiliären Beziehungen und die Krankheitsbewältigung in den Fokus stellt. CHIMPs zielt auf folgendes ab:

Information und Aufklärung

Die gesamte Familie soll über die Krankheit informiert und aufgeklärt werden. Für die Kinder soll eine altersadäquate Aufklärung gewährleistet werden.

Kommunikation

Die Kommunikation innerhalb der Familie soll verbessert werden. Probleme rund um die Erkrankung sollen besprochen werden.

Bewältigungsmöglichkeiten

Die Familie soll sowohl im Umgang miteinander, als auch im Umgang mit der Krankheit gestärkt werden.

Qualität der familiären und ausserfamiliären Beziehungen

Dem Kind sollen kompensierende Beziehungserfahrungen ermöglicht werden, Isolation soll überwunden werden und vermehrt Offenheit für Hilfsangebote, wie beispielsweise Psychotherapie, geschaffen werden.

In einem ersten Schritt werden bei CHIMPs zwei Elterngespräche durchgeführt, anschliessend wird ein Gespräch pro Kind geführt. Parallel dazu werden diagnostische Interviews durchgeführt, welche die klinische Einschätzung eines Behandlungsbedarfs mithilfe von standardisierten diagnostischen Methoden ergänzen können. Nach Abschluss all dieser vorangehenden Gespräche finden drei Familiengespräche statt, welche die Themen aller Einzelgespräche zusammenbringen (Silke Wiegand-Grefe, Janna M. Ohntrup & Angela Plass, 2011, S. 445-447).

6.4.3 STEP Duo

Yvonne Lamers (2016) entwickelte auf der Grundlage des in den USA konzipierten sowie international evaluierten Programms «STEP» (Systematic Training for Effective Parenting), das Konzept «STEP Duo» speziell für psychisch kranke Eltern. Das Ziel von STEP Duo besteht einerseits im präventiven Charakter, die elterlichen Erziehungskompetenzen sowie die familiären Ressourcen zu stärken. Andererseits sollen krankheitsbedingte Belastungen gemildert werden, um die Risiken einer Entwicklungsstörung oder einer Parentifizierung des Kindes zu reduzieren. Die betroffenen Eltern

sollen dadurch ihrer erzieherischen Verantwortung gerecht werden, sodass die Kinder nicht fremdplatziert werden müssen. In diesem Konzept steht die psychische Erkrankung nicht im Vordergrund, da eine gewisse Unsicherheit und Hilflosigkeit in der Erziehung auch ohne eine psychische Erkrankung dazu gehört und als normal erachtet wird. Das Ziel ist nicht eine Behandlung, sondern eine Stärkung von bestehenden Ressourcen und Kompetenzen mittels eines ressourcenorientierten Ansatzes. Die Teilnehmenden der insgesamt neun, wöchentlich stattfindenden, Gruppentreffen sowie der Vor- und Nachgespräche sind die erkrankten Elternteile, deren Begleitperson und die Kursleiterin oder der Kursleiter (S. 130-137). Als erstes werden im Kurs die unterschiedlichen Erziehungsstile näher beleuchtet, wobei deren Wirkung und Prinzipien zentral sind. Hierbei werden auch eigene Defizite in der Erziehung thematisiert. Darauf folgt eine Analyse von unerwünschtem Verhalten beim Kind. Das Ziel ist, ein besseres Verständnis dieses Verhaltens sowie das Bewusstwerden der eigenen Gefühle und Reaktionen dazu zu erreichen. Darauf aufbauend werden in der Gruppe Techniken für den Umgang mit unerwünschtem Verhalten des Kindes erarbeitet. Ob und inwiefern Lob eingesetzt wird, um erwünschtes Verhalten beim Kind zu fördern und wie das Kind dazu ermutigt wird, selbstständig Lösungen zu erarbeiten, sind weitere Teilbereiche von STEP Duo. Den Teilnehmenden wird die Wichtigkeit einer wertschätzenden Kommunikation aufgezeigt (Lamers, 2016, S. 143-147). Thomas Gordons Techniken des Aktiven Zuhörens sowie von Ich-Botschaften spielen dabei eine zentrale Rolle (Gordon, 2000; zit. in Lamers, 2016, S. 148). Ein weiterer Schwerpunkt liegt in der Wahrnehmung und Reflexion der eigenen Wortwahl, Körperhaltung sowie Mimik und Gestik, wobei das Ziel ist, diese auf die jeweilige Adressatin oder den jeweiligen Adressaten abzustimmen. Die Eltern lernen zudem eine Methode, um abzuschätzen, wann es dem Kind zugemutet werden kann, ein Problem selbstständig zu lösen. Ein weiterer Bestandteil von STEP Duo besteht im Aufzeigen der Unterschiede zwischen Konsequenzen und Strafen. Den Eltern wird zudem verdeutlicht, wie das Kind aktiv in Lösungsprozesse miteinbezogen werden kann (Lamers, 2016, S. 148-150). Gordon hat dazu das Konzept der Familienkonferenz entwickelt, welches dazu dient, dass jedes einzelne Familienmitglied die Möglichkeit erhält sich aktiv einzubringen. Dies trägt wesentlich zu einer gelingenden Kooperation bei (Gordon, 2000; zit. in Lamers, 2016, S. 151). Lamers (2016) betont, dass psychisch erkrankte Eltern auf diese Weise eine Möglichkeit erhalten, in einem geschützten Rahmen ihre sozialen und kommunikativen Fähigkeiten auszuprobieren (S. 132).

6.4.4 Institut Kinderseele Schweiz

Das Institut Kinderseele Schweiz (iks) ist eine Schweizerische Stiftung zur Förderung der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen mit einem psychisch belasteten Elternteil. Das iks stellt spezifische Informationen für Kinder, Jugendliche, Eltern, Umfeld aber auch Fachpersonen zur Verfügung. Es bestehen viele Informationen und Filmmaterialien, um die psychische Krankheit besser zu verstehen aber auch Vorschläge, bei welchen Stellen Hilfe und Unterstützung zu finden sind. Betroffene Personen können persönliche Telefon- und Onlineberatungen durch Fachpersonen oder andere Betroffene in Anspruch nehmen. Mittels Präventionsarbeit, Netzwerkarbeit, Projekten und Forschung sollen weitere Angebote für die Adressatengruppe geschaffen werden, um deren Chancen nachhaltig zu verbessern (iks-ies, ohne Datum). Des Weiteren bietet iks Weiterbildungen für Interessierte an, stellt Gemeinden und Städten Projektbegleitungen zur Verfügung und unterstützt Fachpersonen mittels Supervisionen (iks-ies, 2016).

6.4.5 HotA – Hometreatment Aargau

HotA, Hometreatment Aargau, richtet sich an belastete Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil, bei welchen ambulante Behandlungsmöglichkeiten nicht mehr ausreichen. HotA fungiert als Schnittstelle zwischen Sozialpsychiatrie und Sozialpädagogik. Die Fachpersonen gehen zu den betroffenen Familien nach Hause und unterstützen, begleiten und beraten diese vor Ort. Das Ziel ist, die Elternkompetenzen zu stärken und eine gesunde Entwicklung des Kindes sicherzustellen (Monika Ridinger, Isabel Grobauer & Regula Berchtold, 2017, S. 3). In der Regel dauert die Behandlung etwa zwölf Monate, zu Beginn finden die Besuche ein- bis zweimal pro Woche statt und werden gegen Ende hin seltener. Am Anfang des Hometreatments werden individuelle Behandlungsziele formuliert. Idealerweise wird die Person, welche die Anmeldung vorgenommen hat, ebenfalls miteinbezogen. In vielen Fällen ist nebst der zuweisenden Psychiaterin oder dem zuweisenden Psychiater auch eine Fachperson der KESB in den Prozess involviert. Durch HotA erlernen die Familien neue Verhaltensweisen und Strategien im Umgang mit schwierigen und konfliktreichen Situationen (Ridinger et al., 2017, S. 7).

Anhand einer externen Evaluation wurden in 33 % der betroffenen Familien eine Kindesmisshandlung oder ein Verdacht darauf verzeichnet. Nach Abschluss der Familienarbeit wurden die Daten erneut evaluiert und es konnte ein signifikanter Rückgang der Kindeswohlgefährdungen sowie eine Abnahme der Wahrscheinlichkeit,

dass es zu einer Fremdplatzierung kommt, festgestellt werden (Ridinger et al., 2017, S. 9-10).

Die vorgestellten Angebote könnten eine allfällige Versorgungslücke zur Stärkung der Erziehungsfähigkeit von psychisch erkrankten Eltern schliessen. Gemäss einer Studie von Stephanie Hefti, Michael Kölch, Alain Di Gallo, Rahel Stierli, Binia Roth und Marc Schmid (2016) aus der Region Basel ist die Erreichbarkeit von psychisch erkrankten Eltern in einer stationären oder ambulanten Behandlung oftmals eingeschränkt. Mögliche Gründe dafür sind fehlende Informationen über konkrete Angebote für psychisch erkrankte Eltern und deren Angehörigen, hohe Kosten sowie Angst vor der Entziehung der elterlichen Sorge (S. 89).

Da in einem Hilfeprozess oftmals viele Akteurinnen und Akteure involviert sind, bestehen überschneidende Zielsetzungen und Versorgungsaufträge. Eine inter-institutionelle Kooperation ist für eine gelingende Zusammenarbeit unerlässlich um einen bestmöglichen Behandlungsverlauf zu ermöglichen (Jungbauer, 2016, S. 33).

7 Schlussfolgerungen

Im folgenden Kapitel werden die gewonnenen Erkenntnisse der vorangehenden Kapitel zusammengefasst und daraus bedeutende Aspekte für die Soziale Arbeit abgeleitet. Des Weiteren werden die Fragestellungen beantwortet, ein Fazit gezogen sowie weiterführende Gedankengänge zu der Thematik gemacht.

7.1 Beantwortung der Fragestellungen

Mittels der in Kapitel 1.4 gebildeten Unterfragen wird die untenstehende Hauptfrage beantwortet, da diese sämtliche Teilaspekte davon enthalten.

Welche Auswirkungen kann eine schizophrene Erkrankung eines Elternteils auf dessen Erziehungsfähigkeit, die kindliche Entwicklung sowie die übrigen Familienmitglieder haben und wie kann die Soziale Arbeit allfällige Unterstützung leisten?

Nachstehend werden die drei gebildeten Unterfragen beantwortet:

- *Welche Zusammenhänge können zwischen der elterlichen Erziehungsfähigkeit und der schizophrenen Erkrankung entstehen?*

Das Gesundheits- und Krankheitsverständnis variiert stark nach zeitlichem und kulturellem Kontext, es gibt keine grundlegende Einigkeit darüber (vgl. Kapitel 2). Krankheitsverläufe bei Schizophrenien sind immer individuell, daher kann keine pauschale Aussage über die Auswirkungen auf die erkrankte Person sowie deren Erziehungsfähigkeit gemacht werden. Die Erziehungsfähigkeit darf nicht per se in Frage gestellt werden, diese ist nicht in jedem Fall eingeschränkt. Während akuten psychotischen Phasen sind erkrankte Eltern emotional tendenziell weniger verfügbar für das Kind und sie agieren weniger feinfühlig. Des Weiteren kann die Bindungsfähigkeit der betroffenen Eltern durch die krankheitsbedingten Symptome beeinträchtigt sein. Eine adäquate Befriedigung der kindlichen Bedürfnisse stellt eine grundlegende Kompetenz der elterlichen Erziehungsfähigkeit dar und kann durch die Krankheitssymptomatik eingeschränkt sein. Weitere Belastungsfaktoren wie finanzielle, gesundheitliche oder persönliche Probleme können sich negativ auf das elterliche Wohlbefinden auswirken und somit das Erziehungsverhalten beeinflussen. Kinder können in Wahnvorstellungen miteinbezogen werden, was eine Gefährdung des Kindeswohls mit sich ziehen kann (vgl. Kapitel 4). Bei einer allfälligen Kindeswohlgefährdung können Massnahmen aus dem freiwilligen sowie zivilrechtlichen Kinderschutz Unterstützung bieten. Freiwillige Angebote wie Familienberatungsstellen oder Beratungen auf Sozialdiensten bieten betroffenen Familien Beratungsangebote oder triagieren diese an andere Fachstellen, um die individuellen Problemlagen zu bearbeiten. Zivilrechtliche Massnahmen werden von der KESB angeordnet, mit dem Ziel, die Kindeswohlgefährdung zu beheben. Eine Erziehungsbeistandschaft nach Art. 308 ZGB kann die Eltern in unterschiedlichen Formen in ihrer Erziehungsfähigkeit unterstützen oder die elterliche Sorge in gewissen Teilbereichen beschränken. Bleiben diese Massnahmen erfolglos, so kann die KESB den Eltern das Aufenthaltsbestimmungsrecht des Kindes mittels Art. 310 ZGB entziehen, was bedeutet, dass das Kind fremdplatziert wird. Die KESB trägt die Verantwortung für eine angemessene Platzierung des Kindes. Als letzte Möglichkeit und wohl einschneidendste Massnahme gilt die Entziehung der elterlichen Sorge nach Art. 311 ZGB, wobei eine Vormundin oder ein Vormund für das Kind ernannt wird (vgl. Kapitel 6.1, Tabelle 4).

Die elterliche Krankheit kann Auswirkungen auf die Erziehungsfähigkeit haben, es lässt sich aber keine allgemeine Aussage darüber machen, ob und in welchem Ausmass Einschränkungen der elterlichen Erziehungsfähigkeit aufgrund der schizophrenen Erkrankung entstehen. Eine Einzelfallbetrachtung ist notwendig, um entsprechende Therapien oder sonstige Unterstützungsangebote darauf anzupassen.

- *Was sind mögliche Auswirkungen auf die Kinder und die übrigen Familienmitglieder, wenn ein Elternteil an Schizophrenie erkrankt ist?*

Die psychische Erkrankung eines Elternteils, insbesondere das Krankheitsbild Schizophrenie, hat nicht nur Auswirkungen auf die erkrankte Person, sondern auf die gesamte Familie. Vor allem Kinder sind unmittelbar von krankheitsbedingten Veränderungen betroffen. Kinder von schizophren erkrankten Eltern haben ein Risiko von 30 – 40 % selbst einmal Verhaltensauffälligkeiten, Entwicklungsstörungen oder sonstige psychische Erkrankungen zu entwickeln (vgl. Kapitel 5). Bei betroffenen Kindern besteht eine erhöhte Wahrscheinlichkeit selber einmal an Schizophrenie zu erkranken, wobei sich das Risiko bei zwei erkrankten Elternteilen merklich erhöht (vgl. Kapitel 1.1). Die Diagnose Schizophrenie ist nicht ausschlaggebend dafür, ob ein Kind eine Verhaltensauffälligkeit entwickelt, sondern die Schwere und Chronizität der elterlichen Erkrankung sowie die allgemeinen psychosozialen Voraussetzungen des Kindes. Trotz des erhöhten Risikos entwickeln sich die meisten Kinder gesund. Dies ist unter anderem auf die Resilienz des Kindes zurückzuführen. Das Kind kann Resilienz in der Interaktion mit der Umwelt erwerben. Um das Kind gegenüber belastenden Umständen widerstandsfähig zu machen, sollen Risikofaktoren minimiert und Schutzfaktoren gestärkt werden. Die Ausprägung der personalen, familiären, sozialen, materiellen sowie ökologischen Ressourcen tragen dazu bei, ob ein Kind Resilienz entwickelt. Ein Kind kann in einem gewissen Lebensbereich resilient, in einem anderen hingegen verletzlich sein, da Resilienz keine feste Grösse darstellt (vgl. Kapitel 5).

Die mit der Erkrankung einhergehenden Veränderungen, beispielsweise im Verhalten oder Aussehen der Eltern, können bei den Kindern Schamgefühle auslösen, was eine soziale Isolation begünstigen kann. Die Kinder möchten sich einerseits loyal gegenüber dem erkrankten Elternteil verhalten, andererseits wünschen sie sich zu distanzieren, was in einem Loyalitätskonflikt münden kann. Des Weiteren kann die schizophrene Erkrankung dazu führen, dass das gewohnte Familienleben durcheinandergerät und es zu Rollenverschiebungen, der sogenannten Parentifizierung, kommt. Das Kind übernimmt elterliche Aufgaben im Alltag oder wird zu einer Ersatzpartnerin oder einem Ersatzpartner.

Betroffene Familien, besonders solche, die eher isoliert leben und kein oder nur ein kleines Umfeld haben, sprechen oftmals nicht über ihre Erkrankung. Psychische Erkrankungen sind nach wie vor ein tabuisiertes Thema in der Gesellschaft, aufgrund dessen haben Betroffene Angst über ihre Krankheit zu sprechen. Die Kinder erhalten häufig ein Redeverbot, damit das Thema in der Familie bleibt und nicht nach aussen

gelangt, da sie sich vor Stigmatisierungen fürchten. Dies kann dazu führen, dass die Kinder keine anderen Bezugspersonen haben, als ihre Familienmitglieder. Eine offene Kommunikation innerhalb sowie ausserhalb der Familie kann deutlich dazu beitragen, dass Ängste und Unsicherheiten in Bezug auf die Krankheit abgebaut werden. Die Stigmatisierung kann für Betroffene zu einer zweiten Krankheit werden, was eine erfolgreiche Therapie deutlich erschweren kann (vgl. Kapitel 5.1).

Für Partnerinnen und Partner von schizophrenen Patientinnen und Patienten haben krankheitsbedingte Veränderungen meistens negative Auswirkungen auf die Zufriedenheit und Stabilität der Beziehung. Die veränderten Bedürfnisse der erkrankten Person, beispielsweise ein vermehrter Wunsch nach Ruhe oder zunehmende Antriebslosigkeit, können sich belastend auf die Beziehung auswirken.

- *Wie lassen sich an Schizophrenie erkrankte Eltern durch Professionelle der Sozialen Arbeit in ihrer Erziehungsfähigkeit stärken?*

Eltern, welche an Schizophrenie erkrankt sind, können mithilfe konkreter Angebote und Interventionen in ihrer Alltagsbewältigung und Erziehungskompetenzen gestärkt werden. Das Behandlungsangebot, wie beispielsweise HotA, bietet psychisch erkrankten Eltern und deren Familie direkte Hilfestellung in ihrem Zuhause. Die Fachperson erarbeitet zusammen mit der Familie Bewältigungsstrategien, um Probleme und schwierige Situationen zu meistern. Diese aufsuchende Arbeit mit der Familie hat sich besonders bewährt, da unmittelbar in der Lebenswelt der Betroffenen agiert wird. In der aktiven Zusammenarbeit werden neue Verhaltensweisen erlernt, um langfristig die Erziehung und die Alltagsbewältigung wieder selbstständig gewähren zu können (vgl. Kapitel 6).

Die Soziale Arbeit ist neben anderen Professionen gefordert, eine Sensibilisierung rund um psychische Erkrankungen vorzunehmen. Durch gezielte Informationen und Aufklärungsarbeit kann dazu beigetragen werden, bestehende Vorurteile und Ängste abzubauen. Bereits im kleinen Rahmen können Veränderungen realisiert werden, indem ein offener und aktiver Umgang mit der Erkrankung gepflegt wird. Die Vernetzung zwischen den verschiedenen Akteurinnen und Akteure, welche in den Hilfeprozess der Klientel eingebunden sind, ist unabdingbar. Ein fehlender Austausch sowie mangelnde Kooperation seitens der involvierten Professionen kann sich hinderlich auf den gesamten Hilfeprozess auswirken (vgl. Kapitel 6).

Alessandra Weber, Geschäftsleiterin des Instituts Kinderseele Schweiz (iks), betont, dass in der Schweiz eine grosse Versorgungslücke für Familien mit psychisch kranken Eltern besteht. Vergleichbare Angebote wie KIPKEL oder CHIMPs aus Deutschland gibt es aktuell nicht in der Schweiz, diese wären aber dringend nötig. Es gibt einzelne Organisationen, welche regional einige Angebote geschaffen haben (z.B. HotA). Oftmals sind die Familien nach einem stationären Aufenthalt des erkrankten Elternteils auf sich alleine gestellt. Das iks setzt sich auf Bundesebene ein und ist in regem Austausch mit dem Bundesamt für Gesundheit (BAG), Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) und der Gesundheitsförderung Schweiz, damit diese Versorgungslücke erkannt und geschlossen wird. Gemäss Weber ist ein Forschungsprojekt in Planung, welches auf der CHIMPs-Methodik beruht. Mithilfe der erhobenen Daten soll ein Anstoss zur Verbesserung der Versorgung von betroffenen Familien erreicht werden. Langfristig betrachtet, können durch konkrete Unterstützungsangebote die Gesundheitskosten reduziert werden (E-Mail vom 5. Juli 2017).

7.2 Praxisrelevanz der Erkenntnisse

Aufgrund der Tabuisierung und der Angst vor einer Stigmatisierung oder der Aufhebung des Aufenthaltsbestimmungsrechts ihres Kindes, nehmen an Schizophrenie erkrankte Eltern oftmals keine Hilfe in Anspruch. Betroffene sind für Sozialarbeitende kaum erreichbar, wenn sie nicht bereits in einen Hilfeprozess, beispielsweise im klinischen Kontext oder der KESB, involviert sind. Daher gründet die hohe Dunkelziffer sowohl für psychisch kranke Eltern wie auch deren Kinder, welche oftmals in Vergessenheit geraten. Häufig sind konkrete Hilfsangebote den betroffenen Eltern nicht bekannt und werden deshalb selten in Anspruch genommen. Dies zeigt die Wichtigkeit auf, dass sämtliche involvierten Akteurinnen und Akteure über spezifische Angebote informiert sein müssen. Der interdisziplinäre Austausch, die Kooperation sowie das vernetzte Denken könnten zu einer ganzheitlichen Behandlung beitragen. Durch frühzeitiges Intervenieren und Triagieren, im Sinne der Prävention, können betroffene Eltern in ihrer Erziehungsfähigkeit gestärkt werden und erhalten Zugang zu Unterstützungsangeboten.

7.3 Persönliches Fazit

Für die Autorinnen wurde durch die intensive Auseinandersetzung nochmals deutlich, dass die Erziehungsfähigkeit eines an Schizophrenie erkrankten Elternteils nicht pauschal in Frage gestellt werden darf. Wie der Mensch, ist auch jede Diagnose individuell, da es nicht *die* Schizophrenie gibt. Des Weiteren kann nicht lediglich

aufgrund einer Diagnose ein Urteil über die Erziehungsfähigkeit gefällt werden. Es bestehen Richtwerte, Leitlinien und Abklärungsinstrumente, welche eine Einschätzung hinsichtlich der Erziehungsfähigkeit ermöglichen, es bedarf jedoch immer einer Einzelfallbetrachtung.

Sozialarbeitende sollen ihr Wissen ständig erweitern, damit sie auch innerhalb interdisziplinär aufgestellten Arbeitsfeldern, wie beispielsweise einer Psychiatrie oder einer KESB, professionell agieren können. Die Nutzung von Gefässen wie Inter- oder Supervision sind für den Austausch und die eigene Reflexionsfähigkeit unerlässlich. Eigene Haltungen und Vorurteile sollen stets hinterfragt und bewusstgemacht werden.

Trotz aller Hilfsangebote im freiwilligen Kontext seitens der Fachpersonen, ist jedoch immer die Klientel, als selbstbestimmte Menschen, selber dafür verantwortlich, welche Unterstützung sie annehmen oder ablehnen. Kooperation seitens der Betroffenen ist die grundlegende Voraussetzung für eine gelingende Intervention. Im zivilrechtlichen Kontext kann bei fehlender Kooperation die Mitwirkungspflicht zwangsweise durchgesetzt werden (vgl. Kapitel 6.1.5). Die Autorinnen sind der Überzeugung, dass die Professionellen der Sozialen Arbeit einen wesentlichen Beitrag leisten, an Schizophrenie erkrankte Eltern in ihrer Erziehungsfähigkeit und ihrer Alltagsbewältigung zu stärken. Mittels einer ganzheitlichen Betrachtungsweise werden Betroffene befähigt ein selbstbestimmtes Leben zu führen, wodurch eine Teilhabe am gesellschaftlichen Leben ermöglicht wird.

7.4 Ausblick und weiterführende Gedanken

Die Autorinnen erachten den Umgang mit psychisch erkrankten Eltern sowie deren Kinder als besonders wichtig, da die Soziale Arbeit in den unterschiedlichsten Arbeitsfeldern mit diesen Menschen in Berührung kommt. Sei es die Klinische Sozialarbeit, die Schulsozialarbeit, die KESB, Sozialdienste oder sonstige Institutionen wie Kinderhorte. In sämtlichen Bereichen haben es Sozialarbeitende mit Menschen in schwierigen Lebenssituationen zu tun. Das Ziel der Sozialen Arbeit ist es, den Menschen «Hilfe zur Selbsthilfe», im Sinne des Empowerments, zu bieten und diese zu befähigen, ihr Leben möglichst autonom gestalten zu können.

In der Schweiz fehlt es allerdings oftmals noch an spezifischen Angeboten, welche psychisch erkrankte Eltern in ihrer Erziehungsfähigkeit unterstützen und stärken. Organisationen wie iks tragen dazu bei, dass diesem Versorgungsdefizit entgegengewirkt wird. Ebenfalls bedenklich ist die hohe Dunkelziffer an psychisch erkrankten Eltern, welche nicht erreicht werden, da sie sich weder in einer Therapie

befinden, noch sonst von einem Hilfsangebot Gebrauch machen. Zu der Anzahl Kinder psychisch kranker Eltern liegen auch nur Schätzungen vor. Es wird von ungefähr 50'000 Kindern ausgegangen, welche ein psychisch erkranktes Elternteil haben. Hier sehen die Autorinnen Handlungsbedarf, um eine Sensibilisierung sowie Enttabuisierung zu bewirken. Sozialarbeitende können in ihren individuellen Arbeitsfeldern einiges dazu beitragen, dass eine psychische Erkrankung, in Zusammenhang mit einer Elternschaft, nicht länger ein Tabuthema bleibt.

8 Literaturverzeichnis

- American Psychiatric Association (2017). *DSM History*. Gefunden unter <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm/history-of-the-dsm>
- Amering, Michaela & Schmolke, Margit (2012). *Recovery. Das Ende der Unheilbarkeit* (5., überarb. Aufl.). Bonn: Psychiatrie Verlag.
- Antonovsky, Aaron (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: dgvt-Verlag.
- Arnold, Claudia, Huwiler, Kurt, Raulf, Barbara, Tanner, Hannes & Wicki, Tanja (2008). *Pflegefamilien- und Heimplatzierungen. Eine empirische Studie über den Hilfeprozess und die Partizipation von Eltern und Kindern*. Zürich und Chur: Rüegger.
- Arolt, Volker, Reimer, Christian & Dilling, Horst (2011). *Basiswissen Psychiatrie und Psychotherapie* (7., bearb. Aufl.). Berlin Heidelberg: Springer.
- AvenirSocial [AvenirSocial]. (2010). *Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz. Ein Argumentarium für die Praxis der Professionellen*. Bern: Autorin.
- Beeck, Katja (2011). *Notfallbriefe für Kinder psychisch kranker Eltern. Informationen und Leitfaden für erkrankte Eltern*. Gefunden unter: http://www.netz-und-boden.de/fileadmin/content/eu-projekt/nub_notfallbriefe_kinder_psychisch_kranker_eltern.pdf
- Bender, Doris & Lösel, Friedrich (2005). Misshandlung von Kindern: Risikofaktoren und Schutzfaktoren. In Günther Deegener & Wilhelm Körner (Hrsg.), *Kindesmisshandlung und Vernachlässigung. Ein Handbuch* (S. 317-346). Göttingen: Hogrefe.
- Boszormenyi-Nagy, Ivan & Spark, Geraldine (1981). *Unsichtbare Bindungen. Die Dynamik familiärer Systeme*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Brazelton, Thomas Berry & Greenspan, Stanley I. (2008). *Die sieben Grundbedürfnisse von Kindern. Was jedes Kind braucht, um gesund aufzuwachsen, gut zu lernen und glücklich zu sein*. Weinheim und Basel: Beltz.

- Brisch, Karl Heinz (2015). *Bindungsstörungen. Von der Bindungstheorie zur Therapie* (13. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Brückner, Burkhard (2010). *Basiswissen: Geschichte der Psychiatrie*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Cassée, Kitty (2010). *Kompetenzorientierung. Eine Methodik für die Kinder- und Jugendhilfe. Ein Praxisbuch mit Grundlagen, Instrumenten und Anwendungen* (2. Aufl.). Bern: Haupt.
- Christiansen, Hanna, Anding, Jana & Donath, Luisa (2014). Interventionen für Kinder psychisch kranker Eltern. In Michael Kölch, Ute Ziegenhain & Jörg M. Fegert (Hrsg.), *Kinder psychisch kranker Eltern. Herausforderungen für eine interdisziplinäre Kooperation in Betreuung und Versorgung* (S. 80-105). Weinheim und Basel: Beltz Juventa.
- Deegener, Günther (2005). Formen und Häufigkeiten der Kindesmisshandlung. In Günther Deegener & Wilhelm Körner (Hrsg.), *Kindesmisshandlung und Vernachlässigung. Ein Handbuch* (S. 37-58). Göttingen: Hogrefe.
- Deneke, Christiane, Beckmann, Ortrud & Dierks, Henrike (2008). Präventive Gruppenarbeit mit Kindern psychisch kranker Eltern. In Albert Lenz & Johannes Jungbauer (Hrsg.), *Kinder und Partner psychisch kranker Menschen. Belastungen, Hilfebedarf, Interventionskonzepte* (S. 63-79). Tübingen: dgvt-Verlag.
- Dettenborn, Harry & Walter, Eginhard (2016). *Familienrechtspsychologie* (3. Aufl.). München: Ernst Reinhardt.
- Dettenborn, Harry (2010). *Kindeswohl und Kindeswille. Psychologische und rechtliche Aspekte* (3., überarb. Aufl.). München: Ernst Reinhardt.
- Dilling, Horst & Freyberger, Harald J. (2016). F2 Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen. In Horst Dilling & Harald J. Freyberger (Hrsg.), *ICD-10. Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen* (8., überarb. Aufl. entspr. ICD-10-GM) (S. 91-118). Bern: Hogrefe.
- Fingerle, Michael (2000). Vulnerabilität. In Johann Borchert (Hrsg.), *Handbuch der Sonderpädagogischen Psychologie* (S.287-293). Göttingen: Hogrefe.

- Finzen, Asmus (2016). *Schizophrenie. Die Krankheit verstehen, behandeln, bewältigen* (2., Aufl., korrig. Nachdruck). Köln: Psychiatrie Verlag.
- Flammer, August (2009). *Entwicklungstheorien. Psychologische Theorien der menschlichen Entwicklung* (4., vollst. überarb. Aufl.). Bern: Hans Huber.
- Fröhlich-Gildhoff, Klaus & Rönna-Böse, Maike (2015). *Resilienz* (4., aktual. Aufl.). München: Ernst Reinhardt.
- Galm, Beate, Hees, Katja & Kindler, Heinz (2016). *Kindesvernachlässigung - verstehen, erkennen, helfen* (2. Aufl.). München: Ernst Reinhardt.
- Grossmann, Klaus E. & Grossmann, Karin (Hrsg.). (2015). *Bindung und menschliche Entwicklung. John Bowlby, Mary Ainsworth und die Grundlagen der Bindungstheorie* (4. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Gut, Andreas (2014). *Aufsuchen, Unterstützen, Beraten. Lebensweltorientierung und Familientherapie in der Sozialpädagogischen Familienhilfe*. Heidelberg: Carl-Auer.
- Gutmann, Renate (2008). Jugendliche mit einem psychisch kranken Elternteil – Welche Unterstützung brauchen sie?. In Albert Lenz & Johannes Jungbauer (Hrsg.), *Kinder und Partner psychisch kranker Menschen. Belastungen, Hilfebedarf, Interventionskonzepte* (S. 113-136). Tübingen: dgvt- Verlag.
- Häfeli, Christoph (2005). *Wegleitung für vormundschaftliche Organe* (4., vollst. überarb. und erw. Aufl.). Zürich: kdmz.
- Hafen, Martin (2014). *Mythologie der Gesundheit. Zur Integration von Salutogenese und Pathogenese* (3. Aufl.). Heidelberg: Carl-Auer.
- Häfner, Heinz (2010). *Schizophrenie. Erkennen, Verstehen, Behandeln*. München: Verlag C.H.Beck.
- Hauri, Andrea & Zingaro, Marco (2013). *Leitfaden Kinderschutz. Kindeswohlgefährdung erkennen in der sozialarbeiterischen Praxis*. Bern: Stiftung Kinderschutz Schweiz.

- Heck, Christoph (2016). Überblick über die Akteure und deren Aufgaben. In Daniel Rosch, Christiana Fountoulakis & Christoph Heck (Hrsg.), *Handbuch Kindes- und Erwachsenenschutz. Recht und Methodik für Fachleute* (S. 89-97). Bern: Haupt.
- Hefti, Stephanie, Kölch, Michael, Di Gallo, Alain, Stierli, Rahel, Roth, Binia & Schmid, Marc (2016). Welche Faktoren beeinflussen, ob psychisch belastete Kinder mit einem psychisch kranken Elternteil Hilfen erhalten?. In Ulrike Petermann, Franz Petermann, Martin H. Schmidt & Ulrich Stephani (Hrsg.), *Kindheit und Entwicklung. Zeitschrift für Klinische Kinderpsychologie*, 25 (2), 89-99.
- Hoff, Paul (2011). *Psychiatrie: Ein Blick von innen. Geschichte, Theorien, Fälle*. Oberhofen am Thunersee: Zytglogge.
- Institut Kinderseele Schweiz (iks-ies) (ohne Datum). *Betroffenen Kindern helfen*. Gefunden unter http://fz4fi249jk82mkbn32ao8ox1.wpengine.netdna-cdn.com/wp-content/uploads/2015/10/IKS_Flyer_Lay_01.pdf
- Institut Kinderseele Schweiz (iks-ies) (2016). *Angebote*. Gefunden unter <http://www.iks-ies.ch/angebote/>
- Inversini, Martin (2002). Psycho-soziale Aspekte des Kindeswohls. In Regula Gerber Jenni & Christina Hausammann (Hrsg.), *Kinderrechte – Kinderschutz. Rechtsstellung und Gewaltbetroffenheit von Kindern und Jugendlichen* (S. 47–60). Basel: Helbing & Lichtenhahn.
- Jungbauer, Johannes (2016). Wenn Eltern psychisch krank sind – Belastungen, Entwicklungsrisiken, Hilfebedarf. In Johannes Jungbauer (Hrsg.), *Familien mit einem psychisch kranken Elternteil. Forschungsbefunde und Praxiskonzepte* (2., überarb. und erw. Aufl.) (S. 9-43). Opladen: Verlag Barbara Budrich.
- Jungbauer, Johannes & Lenz, Albert (2008). Psychische Krankheit, Partnerschaft und Elternschaft: Perspektiven für Forschung und Praxis. In Albert Lenz & Johannes Jungbauer (Hrsg.), *Kinder und Partner psychisch kranker Menschen. Belastungen, Hilfebedarf, Interventionskonzepte* (S. 7-35). Tübingen: dgvt-Verlag.
- Kähler, Harro Dietrich & Zobrist, Patrick (2013). *Soziale Arbeit in Zwangskontexten. Wie unerwünschte Hilfe erfolgreich sein kann* (2., überarb. Aufl.). München: Ernst Reinhardt.

- Kinzel-Senkbeil, Jutta & Jungbauer, Johannes (2016). Familien mit schizophren erkrankten Eltern – Sichtweisen von Betroffenen, Partnern und Kindern. In Johannes Jungbauer (Hrsg.), *Familien mit einem psychisch kranken Elternteil. Forschungsbefunde und Praxiskonzepte* (2., überarb. und erw. Aufl.) (S. 200-224). Opladen: Verlag Barbara Budrich.
- Krieger, Wolfgang, Lang, Anita, Messmer, Simone & Osthoff, Ralf (2007). *Kindesmisshandlung, Vernachlässigung und sexueller Missbrauch im Aufgabenbereich der öffentlichen Träger der Jugendhilfe. Eine Einführung*. Stuttgart: ibidem-Verlag.
- Lambers, Helmut (2015). *Theorien der Sozialen Arbeit. Ein Kompendium und Vergleich* (2., überarb. Aufl.). Opladen und Toronto: Verlag Barbara Budrich.
- Lamers, Yvonne (2016). STEP Duo: Ein systematisches Elterntraining für psychisch erkrankte Eltern mit Begleitern. In Johannes Jungbauer (Hrsg.), *Familien mit einem psychisch kranken Elternteil. Forschungsbefunde und Praxiskonzepte* (2., überarb. und erw. Aufl.) (S. 130-158). Opladen: Verlag Barbara Budrich.
- Langenegger, Ines (2014). Recovery – ein Weg für psychisch belastete Eltern. In Stephan Kupferschmid & Irène Koch (Hrsg.), *Psychisch belastete Eltern und ihre Kinder stärken. Ein Therapiemanual* (S. 41-42). Stuttgart: W. Kohlhammer.
- Langfeldt, Hans-Peter & Nothdurft, Werner (2015). *Psychologie. Grundlagen und Perspektiven für die Soziale Arbeit* (5., aktual. Aufl.). München: Ernst Reinhardt.
- Lenz, Albert (2016). «Ressourcen fördern» - Ein modulares Praxiskonzept für die Arbeit mit Kindern psychisch kranker Eltern und ihren Familien. In Johannes Jungbauer (Hrsg.), *Familien mit einem psychisch kranken Elternteil. Forschungsbefunde und Praxiskonzepte* (2., überarb. und erw. Aufl.) (S. 44-79). Opladen: Verlag Barbara Budrich.
- Lenz, Albert (2014). *Kinder psychisch kranker Eltern* (2., vollst. überarb. und erw. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Lenz, Albert & Brockmann, Eva (2013). *Kinder psychisch kranker Eltern stärken. Informationen für Eltern, Erzieher und Lehrer*. Göttingen: Hogrefe.
- Lenz, Albert (2010). *Ressourcen fördern. Materialien für die Arbeit mit Kindern und ihren psychisch kranken Eltern*. Göttingen: Hogrefe.

- Lenz, Albert (2008). *Interventionen bei Kindern psychisch kranker Eltern. Grundlagen, Diagnostik und therapeutische Massnahmen*. Göttingen: Hogrefe.
- Ludewig, Revital, Baumer, Sonja, Salzgeber, Josef, Häfeli, Christoph & Albermann, Kurt (2015). Richterliche und behördliche Entscheidungsfindung zwischen Kindeswohl und Elternwohl: Erziehungsfähigkeit bei Familien mit einem psychisch kranken Elternteil. *FamPra.ch*, 3, 562-621.
- Mattejat, Fritz (2014). Kinder mit psychisch kranken Eltern. Was wir wissen und was zu tun ist. In Fritz Mattejat & Beate Lisofsky (Hrsg.), *Nicht von schlechten Eltern. Kinder psychisch Kranker* (4., korr. und erg. Aufl.) (S. 68-95). Köln: Balance buch + medien.
- Merten, Martina (2003). Psychisch Kranke. Gewalt als Hilferuf. *Deutsches Ärzteblatt*, 100 (38), 2421-2422.
- Metzger, Marius (ohne Datum). *Übung: Teddyklinik*. Unveröffentlichtes Unterrichtsskript. Hochschule Luzern – Soziale Arbeit.
- Miller, William R. & Rollnick, Stephen (2009). *Motivierende Gesprächsführung* (3., unveränd. Aufl.). Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.
- Miller-Kipp, Gisela & Oelkers, Jürgen (2012). Erziehung. In Heinz-Elmar Tenorth & Rudolf Tippelt (Hrsg.), *Beltz Lexikon Pädagogik* (S. 204-211). Weinheim und Basel: Beltz.
- Müller, Brigitte (2008). Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil: Systemische Perspektive. In Albert Lenz & Johannes Jungbauer (Hrsg.), *Kinder und Partner psychisch kranker Menschen. Belastungen, Hilfebedarf, Interventionskonzepte* (S. 137-155). Tübingen: dgvt- Verlag.
- Neuhäuser, Gerhard (2010). *Psychiatrie. Eine Einführung für Heilpädagogen und andere Berufe im Sozial- und Gesundheitswesen*. Stuttgart: W. Kohlhammer.
- Petermann, Ulrike & Petermann, Franz (2006). Erziehungskompetenz. *Kindheit und Entwicklung*, 15 (1), 1-8.
- Pretis, Manfred & Dimova, Aleksandra (2016). *Frühförderung mit Kindern psychisch kranker Eltern* (3., überarb. Aufl.). München: Ernst Reinhardt.

- Rehder, Michael (2016). *Psychisch belastete Eltern in der Sozialpädagogischen Familienhilfe. Ergebnisse ethnografischer Forschung*. Weinheim und Basel: Beltz Juventa.
- Ridinger, Monika, Grobauer, Isabel & Berchtold, Regula (2017). *HotA Hometreatment Aargau. Konzept*. Gefunden unter https://docs.wixstatic.com/ugd/3a5b28_57e087f84d68499091b788eb0c64a419.pdf
- Roedenbeck, Maja (2016). *Kindheit im Schatten. Wenn Eltern krank sind und Kinder stark sein müssen*. Berlin: Christoph Links Verlag.
- Rosch, Daniel & Hauri, Andrea (2016a). Begriff und Arten des Kindesschutzes. In Daniel Rosch, Christiana Fountoulakis & Christoph Heck (Hrsg.), *Handbuch Kindes- und Erwachsenenschutz. Recht und Methodik für Fachleute* (S. 406-409). Bern: Haupt.
- Rosch, Daniel & Hauri, Andrea (2016b). Zivilrechtlicher Kindesschutz. In Daniel Rosch, Christiana Fountoulakis & Christoph Heck (Hrsg.), *Handbuch Kindes- und Erwachsenenschutz. Recht und Methodik für Fachleute* (S. 410-449). Bern: Haupt.
- Schleiffer, Roland (2015). *Fremdplatzierung und Bindungstheorie*. Weinheim und Basel: Beltz Juventa.
- Schmidt-Traub, Sigrun (2015). *Kinder liebevoll und konsequent erziehen. Ein Ratgeber für Eltern und Erzieher*. Göttingen: Hogrefe.
- Schneewind, Klaus A. & Böhmert, Beate (2010). *Kinder im Vorschulalter kompetent erziehen. Der interaktive Elterncoach „Freiheit in Grenzen“* (2., überarb. Aufl.). Bern: Hans Huber.
- Schone, Reinhold (2014). Sorgen um das Sorgerecht? In Fritz Mattejat & Beate Lisofsky (Hrsg.), *Nicht von schlechten Eltern. Kinder psychisch Kranker* (4., korr. und erg. Aufl.) (S. 129-138). Köln: Balance buch + medien.
- Schosser, Alexandra, Kindler, Jochen, Mossaheb, Nilufar & Aschauer, Harald (2006). Genetische Aspekte affektiver Erkrankungen und der Schizophrenie. *Journal für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie*, 7 (4), 19-24.

- Schuler, Daniela, Tuch, Alexandre, Buscher, Nathalie & Camenzind Paul (2016). *Psychische Gesundheit in der Schweiz. Monitoring 2016* (Obsan Bericht 72). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Schwander, Marianne (2013). Recht und Rechtsordnung. In Peter Mösch Payot, Johannes Schleicher & Marianne Schwander (Hrsg.), *Recht für die Soziale Arbeit. Grundlagen und ausgewählte Aspekte* (3., aktual. Aufl.) (S. 23-74). Bern: Haupt.
- Schweizerisches Zivilgesetzbuch vom 10. Dezember 1907 (SR 210).
- Sollberger, Daniel, Byland, Mara & Widmer, Géraldine (2008). Erwachsene Kinder psychisch kranker Eltern – Belastungen, Bewältigung und biographische Identität. In Albert Lenz & Johannes Jungbauer (Hrsg.), *Kinder und Partner psychisch kranker Menschen. Belastungen, Hilfebedarf, Interventionskonzepte* (S. 157-194). Tübingen: dgvt- Verlag.
- Staets, Susanna (2011). KIPKEL – Präventionsprojekt für Kinder psychisch kranker Eltern. In Silke Wiegand-Grefe, Fritz Matthejat & Albert Lenz (Hrsg.), *Kinder mit psychisch kranken Eltern. Klinik und Forschung* (S.133-142). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Stein, Margit (2013). Familie und Familienentwicklung in Zahlen – ein Überblick über aktuelle Studien und Statistiken. In Ursula Boos-Nünning & Margit Stein (Hrsg.), *Familie als Ort von Erziehung, Bildung und Sozialisation* (S. 17-57). Münster: Waxmann Verlag.
- Trepte, Horst-Volkmar (2008). Patenschaften und Psychoedukation für Kinder psychisch kranker Eltern. In Albert Lenz & Johannes Jungbauer (Hrsg.), *Kinder und Partner psychisch kranker Menschen. Belastungen, Hilfebedarf, Interventionskonzepte* (S. 81-90). Tübingen: dgvt- Verlag.
- Von Schlippe, Arist & Schweitzer, Jochen (2013). *Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung I. Das Grundlagenwissen* (2. Aufl.). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Watzlawick, Paul, Beavin, Janet H. & Jackson, Don D. (2011). *Menschliche Kommunikation. Formen, Störungen, Paradoxien* (12., unveränd. Aufl.). Bern: Hans Huber.

Wiegand-Grefe, Silke, Ohntrup, Janna M. & Plass, Angela (2011). Grundlagen, Anforderungen und Design von Evaluationen am Beispiel des Präventionsprojekts CHIMPs (Children of mentally ill parents). In Silke Wiegand-Grefe, Fritz Mattejat & Albert Lenz (Hrsg.), *Kinder mit psychisch kranken Eltern. Klinik und Forschung* (S. 439-457). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

World Health Organization (2017). *Classifications*. Gefunden unter <http://www.who.int/classifications/icd/revision/en/>

Wustmann, Corina (2005). Die Blickrichtung der neueren Resilienzforschung. Wie Kinder Lebensbelastungen bewältigen. *Zeitschrift für Pädagogik*, 51 (2), 192-206.

Wustmann, Corina (2004). *Resilienz. Widerstandsfähigkeit von Kindern in Tageseinrichtungen fördern*. Weinheim und Basel: Beltz.