

Urheberrechtliche Hinweise zur Nutzung Elektronischer Bachelor-Arbeiten

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

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

Die Nutzungsrechte sind:

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

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

Luzern, 16. Juni 2010

Hochschule Luzern
Soziale Arbeit



Dr. Walter Schmid
Rektor

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



Kinder mit psychisch kranken Eltern

Interventionen der Sozialarbeit
im zivilrechtlichen Kinderschutz-
kontext zur Unterstützung der
Entwicklung des Kindes

Bachelor-Arbeit
Ausbildungsgang **Sozialarbeit**
Kurs **TZ 2008-2013 & TZ 2009-2013**

Sabina Jehli & Ingrid Klöti

Kinder mit psychisch kranken Eltern

**Interventionen der Sozialarbeit im zivilrechtlichen Kinderschuttkontext zur
Unterstützung der Entwicklung des Kindes**

Diese Bachelor-Arbeit wurde eingereicht im August 2013 in 4 Exemplaren zur Erlangung des vom Fachhochschulrat der Hochschule Luzern ausgestellten Diploms für **Sozialarbeit**.

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

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

Reg. Nr.:

Vorwort der Schulleitung

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

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

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

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

Luzern, im August 2013

Hochschule Luzern, Soziale Arbeit
Leitung Bachelor

Abstract

Interventionen im zivilrechtlichen Kinderschutzkontext bei Kindern mit psychisch kranken Eltern erfordern von den Professionellen der Sozialarbeit eine hohe Fach- und Methodenkompetenz. Der Hauptauftrag der Sozialarbeitenden liegt in der Fallführung um das Kindeswohl sicherzustellen, insbesondere um die Entwicklung des Kindes zu unterstützen. Die wichtigste Aufgabe für die Sozialarbeit besteht darin, die sozialen und professionellen Ressourcen im Umfeld des Kindes zu vernetzen und koordinieren. Die Literaturanalyse zeigt, dass aktuell keine sozialarbeiterischen Methodengrundlagen im spezifischen Kontext vorhanden sind.

Diese Bachelorarbeit befasst sich mit minderjährigen Kindern, welche mindestens einen Elternteil mit einer psychischen Krankheit, gemäss den internationalen Klassifikationen, haben. Aus der Lebenssituation der betroffenen Kinder können sich spezifische Risikofaktoren für ihre Entwicklung ergeben. Der Ansatz der Resilienz zeigt jedoch, dass sich die Kinder, welche über zentrale Schutzfaktoren verfügen, trotz den schwierigen Bedingungen gesund entwickeln können. Die ökologische Entwicklungstheorie nach Urie Bronfenbrenner erklärt aus systemischer Sicht, warum sich die psychische Erkrankung auf die Entwicklung des Kindes auswirken kann. Die Theorie liefert der Sozialarbeit Fachwissen über die relevanten Umweltbedingungen in den einzelnen Systemen des Kindes und über mögliche Interventionsansätze um diese Bedingungen zu verändern. Die Sozialarbeit im zivilrechtlichen Kinderschutzkontext verfügt über Instrumente um individuelle Schutz- und Risikofaktoren zu beurteilen und eine Kindeswohlgefährdung zu diagnostizieren.

Inhaltsverzeichnis

Abstract	1
Inhaltsverzeichnis	2
Tabellen- und Abbildungsverzeichnis	5
Vorwort und Dank	6
1. Einleitung	7
1.1 Ausgangslage	7
1.2 Fragestellung und Zielsetzung	9
1.3 Berufsrelevanz und Adressatenschaft	10
1.4 Eingrenzung und Aufbau	11
2. Kinder mit psychisch kranken Eltern	12
2.1 Zahlen über die Betroffenheit von Kindern mit psychisch kranken Eltern in der Schweiz	12
2.2 Entwicklungsaufgaben des Kindes und Erziehungskompetenz der Eltern	13
2.2.1 Bewältigung von Entwicklungsaufgaben des Kindes	13
2.2.2 Erziehungskompetenz	17
2.3 Lebenssituation von Kindern mit psychisch kranken Eltern	19
2.3.1 Familiärer Alltag und Parentifizierung	19
2.3.2 Tabuisierung, Kommunikationsverbot und Unwissen über die Krankheit	20
2.3.3 Fehlende soziale Unterstützung und Isolierung	21
2.3.4 Emotionen der betroffenen Kinder	22
2.3.5 Krankheitsspezifische Aspekte der elterliche Erkrankung	22
2.4 Risikofaktoren von Kindern mit psychisch kranken Eltern	24
2.4.1 Erkrankungsrisiken	24
2.4.2 Alter und Geschlecht des Kindes	26
2.4.3 Krankheitsspezifische Faktoren der elterlichen Erkrankung	27
2.4.4 Bindungs- und Beziehungsstörungen	28
2.4.5 Eingeschränkte Erziehungskompetenz	29
2.4.6 Vernachlässigung	30

2.4.7 Psychosoziale Situation der Familie.....	31
2.5 Fazit und Beantwortung der Frage B	31
3. Resilienz von Kindern mit psychisch kranken Eltern	34
3.1 Begriffsdefinition Resilienz	34
3.2 Schutzfaktoren	34
3.2.1 Kindzentrierte Schutzfaktoren	35
3.2.2 Familienzentrierte Schutzfaktoren.....	37
3.2.3 Soziale Schutzfaktoren.....	38
3.2.4 Spezifische Schutzfaktoren bei betroffenen Kindern.....	38
3.3 Fazit und Beantwortung der Frage C	39
4. Entwicklung von Kindern mit psychisch kranken Eltern aus Sicht der ökologischen Entwicklungstheorie nach Bronfenbrenner.....	41
4.1 Lebensbereich und Entwicklungsraum des Kindes - Mikrosystem	42
4.1.1 Theoretische Einführung ins Mikrosystem	42
4.1.2 Entwicklung von betroffenen Kindern im Mikrosystem.....	44
4.2 Erweiterung von Lebensbereichen - Mesosystem.....	46
4.2.1 Theoretische Einführung ins Mesosystem	46
4.2.2 Entwicklung von betroffenen Kindern im Mesosystem.....	47
4.3 Lebensbereich der Eltern - Exosystem	48
4.3.1 Theoretische Einführung ins Exosystem	48
4.3.2 Entwicklung von betroffenen Kindern im Exosystem	49
4.4 Werte und Normen der Gesellschaft - Makrosystem.....	49
4.4.1 Theoretische Einführung ins Makrosystem	49
4.4.2 Entwicklung von betroffenen Kindern im Makrosystem.....	50
4.5 Biografischer Lebensverlauf - Chronosystem	50
4.5.1 Theoretische Einführung ins Chronosystem	50
4.5.2 Entwicklung von betroffenen Kindern im Chronosystem.....	51
4.6 Fazit und Beantwortung der Frage D	51

5. Interventionen bei Kindern mit psychisch kranken Eltern im zivilrechtlichen Kinderschutzkontext	54
5.1 Sozialarbeit im zivilrechtlichen Kinderschutzkontext.....	55
5.1.1 Kinderschutz und Kindeswohl.....	55
5.1.2 Handlungsrahmen und Auftrag der Sozialarbeit	56
5.2 Diagnostik bei Kindern mit psychisch kranken Eltern	57
5.2.1 Erfassung der Lebenssituation betroffener Kinder	58
5.2.2 Instrumente zur Erfassung der Lebenssituation.....	59
5.2.3 Beurteilung Kindeswohlgefährdung und Grundlage Interventionsplanung	60
5.3 Beratungsmethodik	62
5.3.1 Gespräche mit Kindern.....	63
5.3.2 Motivierende Gesprächsführung im Zwangskontext	64
5.4 Subjektorientierte Interventionen.....	66
5.4.1 Psychoedukation	66
5.4.2 Stärkung des Kindes	67
5.4.3 Stärkung der Erziehungskompetenz	68
5.5 Familienorientierte Interventionen	69
5.5.1 Kommunikation und Beziehungen in der Familie	69
5.5.2 Akute Krise in der Familie	71
5.6 Netzwerkorientierte Intervention	72
5.6.1 Soziales Umfeld als Ressource.....	73
5.6.2 Professionelle Ressourcen.....	75
5.7 Fazit und Beantwortung der Hauptfrage A	77
6. Schlussfolgerungen	82
6.1 Handlungsmöglichkeiten der Sozialarbeit.....	82
6.2 Handlungsgrenzen der Sozialarbeit	83
6.3 Fazit und Ausblick	83
Quellenverzeichnis	87

Sämtliche Kapitel dieser Bachelorarbeit wurden von Sabina Jehli und Ingrid Klöti gemeinsam verfasst.

Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

Tabelle 1: Komponenten der elterlichen Erziehungskompetenz

Tabelle 2: Faktoren einer Kindeswohlgefährdung bei Kindern mit psychisch kranken Eltern

Tabelle 3: Übersicht Institutionen und Angebote für Familien mit psychisch kranken Eltern

Abbildung 1: Vier Ebenen der ökologischen Systeme nach Bronfenbrenner

Abbildung 2: Einflüsse auf die Lebenssituation von Kindern mit psychisch kranken Eltern

Abbildung 3: Modell zur Einschätzung von Belastungs- und Schutzfaktoren

Abbildung 4: Kreislauf der Veränderung

Abbildung 5: Sozialarbeit im zivilrechtlichen Kinderschutzkontext bei Kindern mit psychisch kranken Eltern

Vorwort und Dank

Die Autorinnen sind als Sozialarbeiterinnen in Ausbildung im Kinderschutz und im Bereich der Erwachsenenpsychiatrie tätig. Bereits während des Studiums lösten diese unterschiedlichen Tätigkeitsgebiete der Sozialarbeit spannende Diskussionen zwischen den beiden Autorinnen aus. Gemeinsam stellen sie fest, dass sich Kinder von psychisch kranken Eltern in einer gefährdeten Situation befinden können und deshalb von der Sozialarbeit besondere Aufmerksamkeit verdienen. Den persönlichen Erfahrungen in der sozialarbeiterischen Praxis entnehmen die Autorinnen, dass es sich um eine sehr aktuelle und relevante Thematik handelt, welche auf der sozialarbeiterischen Handlungsebene eine hohe Komplexität aufweist. Verschiedene Rückmeldungen und Eindrücke aus der Praxis motivieren die beiden Autorinnen, sich durch eine Literaturanalyse vertieft mit der Situation von Kindern mit psychisch kranken Eltern auseinanderzusetzen, Erklärungsansätze für Chancen und Risiken der Kindsentwicklung herzuleiten und adäquate sozialarbeiterische Unterstützungsmöglichkeiten für den zivilrechtlichen Kinderschutz von betroffenen Kindern zu entwickeln.

An dieser Stelle bedanken wir uns herzlich bei allen Personen, welche uns während der Erstellung der vorliegenden Bachelorarbeit sowohl fachlich als auch persönlich begleitet und unterstützt haben. Insbesondere danken wir Frau Verena Peter, Leiterin, Dozentin und Projektleiterin am Institut für Sozialarbeit und Recht an der Hochschule Luzern Soziale Arbeit und Herr Marius Metzger, Dozent und Projektleiter am Institut für Lehre und Bildung an der Hochschule Luzern Soziale Arbeit. Frau Peter und Herr Metzger haben uns in den jeweiligen Fachpoolgesprächen bei der Themenfindung und dem Aufbau der Arbeit unterstützt und nützliche Anregungen gegeben. Auch danken wir Frau Martina Schilliger, Dozentin und wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Lehre und Bildung an der Hochschule Luzern Soziale Arbeit für das persönliche Coaching zur Erstellung der Disposition und für die Beantwortung unserer Fragen bezüglich des strukturellen Aufbaus der Arbeit.

Einen herzlichen Dank auch an die beiden Lektorinnen Barbara Giuliani und Christina Maier für ihre kritischen und differenzierten Rückmeldungen. Ihre Anregungen waren für uns wertvolle Hinweise in der Auseinandersetzung mit der Thematik während der Erstellung der Bachelorarbeit. Zum Schluss danken wir unserer jungen Künstlerin für die Zeichnung auf dem Titelblatt.

1. Einleitung

Die Einleitung zeigt in der Ausgangslage die wissenschaftliche Relevanz von Kindern mit psychisch kranken Eltern. Darauf basieren die anschliessende Fragestellung und Zielsetzung der Arbeit. Die Adressatenschaft der vorliegenden Bachelorarbeit wird zusammen mit der Berufsrelevanz dargestellt. Abgeschlossen wird die Einleitung mit der Eingrenzung und dem Aufbau der Bachelorarbeit.

1.1 Ausgangslage

Dem Nationalen Gesundheitsbericht 2008 kann entnommen werden, dass rund die Hälfte der Bevölkerung in der Schweiz im Verlaufe ihres Lebens mindestens einmal von einer psychischen Störung betroffen ist. Jährlich erkranken 20% bis 30% der gesamten Bevölkerung an einer diagnostizierbaren psychischen Erkrankung. (Katharina Meyer, 2009, S. 214-215) Daraus leiten die Autorinnen ab, dass nahe zu jeder Mensch entweder selbst oder durch eine Person aus dem nahen Umfeld mit einer psychischen Krankheit konfrontiert ist. Da eine psychische Krankheit das Befinden und die Interaktion des erkrankten Menschen beeinflusst, hat dies auch unmittelbare Auswirkungen auf das Umfeld und die Familienmitglieder der erkrankten Person. Davon sind insbesondere Kinder betroffen, da sie aufgrund ihrer Entwicklung auf adäquate Unterstützung durch die Eltern angewiesen sind. Die vorliegende Bachelorarbeit *Kinder mit psychisch kranken Eltern* bezieht sich auf minderjährige Kinder, bei welchen ein Elternteil oder beide Eltern von einer psychischen Störung gemäss der Internationalen Klassifikation der Weltgesundheitsorganisation (ICD-10) oder dem Diagnostischen und Statistischen Manual psychischer Störungen (DSM-IV) betroffen sind. Aus Ressourcengründen werden Kinder mit Eltern, welche an einer Suchterkrankungen leiden, in dieser Arbeit explizit ausgeschlossen.

Die Literaturrecherche der Autorinnen ergibt, dass die Fachwelt erst seit Beginn der 1990er Jahre auf betroffene Kinder aufmerksam wurde. In der Schweiz wurden bisher zwei Studien über Kinder mit psychisch kranken Eltern durchgeführt. Die bekanntere Studie mit dem Titel *„Vergessene Kinder? Kinder psychisch kranker Eltern“* besteht aus Modul I und Modul II. Sie entstand in Zusammenarbeit mit dem Kantonsspital Winterthur, der Zürcher Fachhochschule für Soziale Arbeit und der Integrierten Psychiatrie Winterthur. In der zweiten Studie gab traversa Netzwerk für Menschen mit einer psychischen Erkrankung aus Luzern der Hochschule Luzern Soziale Arbeit den Auftrag, eine Bedarfs- und Angebotsanalyse für psychisch erkrankte Eltern und ihre Kinder durchzuführen. Beide Studien untersuchen das Angebot und die Versorgungssituation in den jeweiligen Regionen.

Aus der Winterthurer Studie (2006) geht hervor, dass betroffene Familien oftmals eine kumulierte Anzahl an sozialen Problemen aufweisen. Diese können sich belastend auf die Lebenssituation und die Entwicklung des Kindes auswirken. Zudem zeigt die Studie auf, dass die betroffenen Kinder oftmals erst beachtet und miteinbezogen werden, wenn in öffentlichen Institutionen psychosoziale Probleme auftreten. (S. 111-112) Diese Erkenntnis veranlasst das Forschungsteam zu Modul II (2008). Darin werden die Zusammenarbeit und Koordination zwischen den Fachpersonen im Versorgungssystem von Kindern und Erwachsenen untersucht. Es stellt sich heraus, dass Schwierigkeiten in der Zusammenarbeit und der Vernetzung zwischen den Leistungserbringern aus den Versorgungssystemen der Kinder und der Erwachsenen sowie den involvierten Fachpersonen bestehen. (S. 9-10, 93) Diese Ergebnisse decken sich mit der Luzerner Studie. In der Winterthurer Studie, Modul II (2008, S. 95-96) sowie in der Luzerner Studie (2010, S. 29) wird zudem jeweils in den Schlussfolgerungen festgehalten, dass grundsätzlich ein ausreichendes Angebot für Kinder mit psychisch kranken Eltern besteht. In der Luzerner Studie (2010) werden aufgrund der Studienergebnisse elf verschiedene Massnahmen vorgeschlagen. Massnahme 1 zielt auf die Problemsensibilisierung der im Sozialwesen tätigen Fachpersonen, inklusive Fachpersonen im Kindes- und Erwachsenenschutz. In dieser Massnahme wird von Fachpersonen gefordert, dass sie mehr Informationen über psychische Krankheiten und deren Auswirkungen auf die Elternrolle und schliesslich auf die Kinder haben. Zudem soll die Stigmatisierung von Betroffenen reduziert und vermehrt auf vorhandene Kompetenzen geachtet werden, indem die psychische Krankheit der Eltern in der Fallaufnahme individuell erfasst wird und die Handlungskompetenzen im Umgang mit psychisch kranken Menschen erweitert werden. (S. 28, 30-31)

Reinhold Schone und Sabine Wagenblass (2010) weisen drauf hin, dass betroffene Familien oft über schlechte soziale Bedingungen verfügen und gleichzeitig im Vergleich mit anderen Familien weniger in der Lage sind, Angebote zur Unterstützung und Entlastung zu organisieren. Die häufig fehlende Krankheitseinsicht der psychisch kranken Eltern verhindert zudem die Problemeinsicht für die Situation der Kinder. (S. 14, 105) Nach Fritz Mattejat, Albert Lenz und Silke Wiegand-Grefe (2011) kommt hinzu, dass sich die Betroffenen häufig für ihre Krankheit schämen und sich von der Gesellschaft im Sinne einer Stigmatisierung abwertend behandelt fühlen. Dies sind weitere Gründe, weshalb psychisch kranke Eltern oft keine Unterstützung suchen oder annehmen. (S. 16-17) Wenn jedoch Drittpersonen um die betroffenen Kinder besorgt sind und die Eltern nicht in der Lage sind Abhilfe zu schaffen, so werden in der Schweiz von Gesetzes wegen die nötigen Massnahmen im zivilrechtlichen Kinderschutzkontext ergriffen.

Die thematische Vielschichtigkeit erfordert von der Sozialarbeit im zivilrechtlichen Kinderschutzkontext grundlegendes Fachwissen über die Entwicklung des Kindes und adäquaten Erziehungskompetenz der Eltern. Sowie die Auswirkungen einer psychischer elterlicher Erkrankung auf den Alltag des Kindes und die Erziehungskompetenz der Eltern. Basierend darauf lassen sich die Lebenssituation der betroffenen Kinder und die Risikofaktoren während der Entwicklung des Kindes erkennen.

1.2 Fragestellung und Zielsetzung

Die zusammengefasste Literaturrecherche in der Ausgangslage zeigt den Handlungsbedarf in Familien mit psychisch kranken Eltern auf. Daraus leitet sich die folgende Hauptfragestellung ab:

- A. Welche Interventionen ergeben sich für Sozialarbeitende im zivilrechtlichen Kinderschutzkontext zur Unterstützung der Entwicklung von Kindern mit psychisch kranken Eltern?

Um die Hauptfragestellung zu ergründen, werden vorausgehend folgende drei Unterfragen beantwortet:

- B. In welchen Lebenssituationen befinden sich Kinder mit psychisch kranken Eltern und welche Risikofaktoren ergeben sich in Bezug auf die Entwicklungsaufgaben des Kindes und die Erziehungskompetenz der Eltern?
- C. Weshalb sind Kinder mit psychisch kranken Eltern in der Lage, sich trotz ihrer genetisch bedingten Vulnerabilität und den vorhandenen Risikofaktoren gesund entwickeln zu können?
- D. Warum kann sich eine psychische Erkrankung der Eltern aus Sicht der ökologischen Entwicklungstheorie nach Urie Bronfenbrenner auf die Entwicklung des Kindes auswirken?

Diese Fragestellungen beantworten die Autorinnen mittels ausgewählter und aktueller Fachliteratur aus dem deutschsprachigen Raum.

Das Hauptziel dieser Bachelorarbeit besteht darin, sozialarbeiterische Interventionen im zivilrechtlichen Kinderschutzkontext zur Unterstützung der Entwicklung des Kindes mit psychisch kranken Eltern aufzuzeigen. Dazu braucht es generelles Wissen über die Entwick-

lungsaufgaben von Kindern und die Erziehungskompetenz der Eltern. Dies wird durch spezifisches Wissen über die Lebenssituation von Kindern mit psychisch kranken Eltern und den möglichen Risikofaktoren für die Entwicklung des Kindes ergänzt. Eine weitere wichtige Wissensressource für einen adäquaten Interventionsprozess im Kinderschutzkontext ist das Resilienzkonzept und die Erklärungsansätze anhand der ökologischen Entwicklungstheorie. Die aufgezeigten Handlungsansätze und Methoden dienen dem professionellen Umgang im zivilrechtlichen Kinderschutzkontext zur Unterstützung der Entwicklung des Kindes.

1.3 Berufsrelevanz und Adressatenschaft

Kinder sind besonders schutzbedürftige Wesen, welche auf die Unterstützung durch ihre Umwelt angewiesen sind. Ihre Entwicklung wird geprägt durch die Erziehung und Pflege ihrer Eltern. Die Eltern sind verpflichtet dafür zu sorgen, dass sich ihre Kinder körperlich, geistig, psychisch und sozial optimal entwickeln können (Christoph Häfeli, 2005, S.131). Sind die Eltern beispielsweise aufgrund ihrer psychischen Erkrankung nicht oder nur eingeschränkt in der Lage, diese existenzielle Aufgabe zu erfüllen, ist die zuständige Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde verpflichtet geeignete Massnahmen zu ergreifen, welche oftmals durch Sozialarbeitende von spezialisierten Fachstellen oder Sozialdiensten ausgeführt werden. Sozialarbeitende beziehen sich auf den Berufskodex, welcher im Jahr 2010 vom Berufsverband der Sozialen Arbeit Schweiz, AvenirSocial, entwickelt wurde. Dieser dient unter anderem als Instrument zur ethischen Begründung der Arbeit mit dem Klientel, welches in besonderer Weise verletzlich oder benachteiligt ist (AvenirSocial, 2010, S. 4). Die formulierten Ziele und Verpflichtungen des Berufskodexes sind für Sozialarbeitende verbindlich. Ziele der Sozialen Arbeit in Bezug auf den zivilrechtlichen Kinderschutzkontext sind: Die Notlagen von Menschen zu verhindern, zu beseitigen oder zu lindern sowie Menschen zu begleiten, zu betreuen und zu schützen und ihre Entwicklung zu fördern, zu sichern und zu stabilisieren. (AvenirSocial, 2010, S. 6) Der zivilrechtliche Kinderschutzkontext ist geprägt von Spannungsfeldern, welche aufgrund der Mehrdimensionalität von Problemlagen entstehen. Aufgrund dieser Ausgangslage ist es von grosser Bedeutung, dass Sozialarbeitende im zivilrechtlichen Kinderschutzkontext über die Lebenssituation von betroffenen Kindern Bescheid wissen, die Auswirkungen einer elterlichen psychischen Erkrankung auf die Entwicklung des Kindes einschätzen und bewerten können, so dass die Interventionen zum Schutz der betroffenen Kinder auf adäquaten Handlungen beruhen. Dementsprechend richtet sich die vorliegende Bachelorarbeit an Sozialarbeitende im zivilrechtlichen Kinderschutzkontext.

1.4 Eingrenzung und Aufbau

Da sich diese Bachelorarbeit an Professionelle der Sozialarbeit richtet, gehen die Autorinnen davon aus, dass die Leserschaft mit sozialarbeiterischen Wissensgrundlagen vertraut ist. Obwohl sich psychische Krankheiten unterschiedlich äussern, gehen die Autorinnen bewusst nicht auf konkrete Krankheitsbilder und deren Symptomatik ein. Die gewählte generelle Perspektive zeigt sich vorwiegend auch in der Fachliteratur über Kinder mit psychisch kranken Eltern. Sofern die Autorinnen auf krankheitsspezifische Ergebnisse gestossen sind, so werden diese explizit aufgeführt. Der Fokus dieser Bachelorarbeit liegt auf den generellen Auswirkungen der elterlichen Erkrankung auf die Entwicklung des Kindes. Deshalb gehen die Autorinnen nicht auf die Gesprächsmethodik und die Handlungskompetenz im Umgang mit psychisch kranken Menschen ein. Auch werden die in der Winterthurer und Luzerner Studie erwähnten Schwierigkeiten der Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Versorgungssystemen (vgl. Kapitel 1.1) nicht thematisiert.

Diese Bachelorarbeit ist in sechs Kapitel unterteilt. Sie besteht aus der Einleitung (Kapitel 1), dem Hauptteil (Kapitel 2-5) und schliesst mit den Schlussfolgerungen (Kapitel 6) ab. Mit dem Aufbau der Arbeit folgen die Autorinnen einer Logik, welche ausgehend von der individuellen Lebenssituation betroffener Kinder zum sozialarbeiterischen Handeln im zivilrechtlichen Kinderschutzkontext führt.

Das zweite Kapitel bezieht sich auf die Frage B und wird durch Fakten in Bezug auf die betroffenen Kinder eingeleitet. Es folgt ein Einblick über Entwicklungsaufgaben des Kindes und die dazu relevante elterliche Erziehungskompetenz. Auf dieser Grundlage baut das Wissen über die Lebenssituation der betroffenen Kinder und die möglichen Risikofaktoren auf. Das darauf folgende dritte Kapitel bezieht sich auf die Frage C und beschäftigt sich mit den Erklärungsansätzen aus der Resilienzforschung und den sich daraus ableitenden Schutz- und Risikofaktoren für die Entwicklung des Kindes. Nachfolgend wird im vierten Kapitel die Frage D beantwortet, welche die Auswirkungen der elterlichen psychischen Erkrankung mit der Entwicklung des Kindes anhand der ökologischen Entwicklungstheorie nach Bronfenbrenner in Zusammenhang stellt. Die praxisrelevante Hauptfrage A wird im fünften Kapitel ergründet. Dieses Kapitel ist dem professionellen Handlungsfeld im zivilrechtlichen Kinderschutz gewidmet. Es werden Interventionsansätze zur Unterstützung der Entwicklung von betroffenen Kindern ausgeführt. Die Arbeit fasst am Schluss die wichtigsten Erkenntnisse, Grenzen und Möglichkeiten der Handlungen für die Sozialarbeit in Bezug auf Kinder mit psychisch kranken Eltern zusammen. Im Hauptteil wird jedes Kapitel mit einem Fazit der wichtigsten Erkenntnisse und der Beantwortung der jeweiligen Fragestellung abgeschlossen.

2. Kinder mit psychisch kranken Eltern

Das folgende Kapitel hat zum Ziel, die Lebenssituation der Kinder mit psychisch kranken Eltern und die sich daraus möglicherweise ergebenden Risikofaktoren aufzuzeigen. Einleitend geben die Zahlen über die Betroffenheit der in der Schweiz lebenden Kinder mit psychisch kranken Eltern einen ersten Überblick. Das Wissen über Entwicklungsaufgaben des Kindes und die Erziehungskompetenz der Eltern zeigt auf, welche Voraussetzungen für eine Entwicklung des Kindes zentral sind. Auf dieser generellen Wissensgrundlage baut das spezifische Wissen über die Lebenslage und Risikofaktoren von betroffenen Kindern auf. Abgeschlossen wird das Kapitel mit der Zusammenfassung der wichtigsten Erkenntnisse und der Beantwortung der Frage B.

2.1 Zahlen über die Betroffenheit von Kindern mit psychisch kranken Eltern in der Schweiz

Bereits Pierre Janet (1925) beobachtet in den 1920er Jahren, dass betroffene Kinder ein erhöhtes Risiko für eine eigene psychische Erkrankung aufweisen. Er leitet aufgrund von Beobachtungen und Beschreibungen ab, dass in betroffenen Familien ein negativ verändertes Familienklima herrscht. Das macht er für die Hauptursache der Weitergabe einer psychischen Erkrankung verantwortlich. (zit. in Angela Plass & Wiegand-Grefe, 2012, S. 19) Trotz dieser frühen Beobachtung wurden Kinder mit psychisch kranken Eltern von der Fachwelt über viele Jahre kaum wahrgenommen. Lenz (2008) sieht die Ursache dafür darin, dass kein systematisch erhobenes Datenmaterial vorhanden ist und die bisherigen Angaben von psychisch kranken Eltern oftmals auf Hochrechnungen oder Schätzungen beruhen (S. 8).

Ruth Sommer, Peter Zoller und Wilhelm Felder (2001) beziehen sich in ihrer Literaturanalyse auf Erhebungen, bei welchen 15% bis 30% der Patienten und Patientinnen in psychiatrischen Kliniken mit minderjährigen Kindern zusammen leben. Aufgrund der Annahme, dass eine hohe Dunkelziffer und gewisse Mängel in der Erhebung bestehen, wird davon ausgegangen, dass in der Schweiz 10'000 bis 20'000 Kinder mit einem psychisch erkrankten Elternteil zusammenleben. (S. 29) Im Bericht des Nationalen Forschungsprogramm der Schweiz (NFP 51) fasst Daniel Sollberger (2006) die wichtigsten Resultate aus einer qualitativen und quantitativen Studie zusammen. Ohne Miteinbezug der vermuteten hohen Dunkelziffer wird von 50'000 betroffenen Kindern in der Schweiz ausgegangen. (Sollberger, 2006, Zusammenfassung der wichtigsten Resultate, ¶1) Die Winterthurer Studie (2006) geht aufgrund ihrer konservativen Hochrechnung davon aus, dass im Kanton Zürich etwa 2600 Eltern und rund 4000 Kinder betroffen sind (S. 119).

Obwohl die Angaben auf Schätzungen beruhen und die Hochrechnungen unterschiedlich ausfallen, ist ersichtlich, dass Kinder mit psychisch kranken Eltern keine Seltenheit sind und von der Fachwelt Aufmerksamkeit bedürfen.

2.2 Entwicklungsaufgaben des Kindes und Erziehungskompetenz der Eltern

Die beiden folgenden Unterkapitel befassen sich mit der Bewältigung von Entwicklungsaufgaben bei Kindern von null bis 18 Jahren und einer günstigen elterlichen Erziehungskompetenz. Dieses Wissen bildet die Grundlage um verstehen zu können, weshalb es bei der Entwicklung von Kindern mit psychisch kranken Eltern zu Auffälligkeiten oder Abweichungen im Verhalten kommen kann.

2.2.1 Bewältigung von Entwicklungsaufgaben des Kindes

Das Konzept der Entwicklungsaufgaben, welches Robert J. Havighurst 1982 erstmals definierte, basiert auf der Grundannahme, dass jeder Mensch während seiner Entwicklung bestimmte Aufgaben zu erfüllen hat. Diese Aufgaben entstehen in einer bestimmten Lebensphase aufgrund von biologischen Gegebenheiten, gesellschaftlicher Erwartungen oder persönlicher Wünsche und Zielsetzungen. Dieser interaktive Prozess findet unter verschiedenen sozialen Gegebenheiten (Familie, Schule, Freundeskreis, Betrieb etc.) statt. (Kitty Cassée, 2010, S. 32) Gemäss Cassée (2010) setzt sich jede Entwicklungsaufgabe aus Erwartungen und Anforderungen zusammen, welche auf folgende drei Einflussgrössen zurückzuführen sind:

1. Individuelle biologische Veränderungen (z.B. Hormone)
2. Individuelle Wünsche und Erwartungen (z.B. Reisen)
3. Erwartungen der wichtigen Meso- und Makrosysteme (z.B. Berufsausbildung als gesellschaftliche Anforderung)

Die Erwartungen und Anforderungen werden durch den Zeitgeist geprägt und können je nach Kultur und Gesellschaft unterschiedlich ausfallen. Die Entwicklungsaufgaben zeichnen sich durch verschiedene Eigenschaften aus. Im Verlauf der menschlichen Entwicklung sind bestimmte Zeitfenster vorgesehen um einzelne Entwicklungsaufgaben zu bewältigen. Dennoch ist es möglich, gewisse Aufgaben auch zu einem späteren Zeitpunkt zu erledigen, was jedoch mit einem grösseren Aufwand verbunden ist. Es gibt Entwicklungsaufgaben (z.B. Schuleintritt), welche in einem bestimmten Zeitraum abgeschlossen werden und andere Aufgaben, welche das ganze Leben andauern (z.B. Aufbau von Freundschaften). Je nachdem liegt der Entwicklungsaufgabe eine obligatorische (z.B. Schulabschluss) oder freiwillige (z.B. Familiengründung) Verpflichtung zugrunde. Die Entwicklungsaufgaben in der Kindheit

und Jugendzeit haben eine hohe Verpflichtung. Das Nichterfüllen von diesen Aufgaben gefährdet den Sozialisationsprozess. Durch eine erfolgreich bewältigte Entwicklungsaufgabe erwirbt das Individuum Kompetenzen für die Bewältigung der folgenden Entwicklungsaufgaben. Gewisse personale Faktoren oder schwierige Lebensbedingungen können in der Ausführung von Entwicklungsaufgaben zum Scheitern führen. Dies kann gesellschaftliche Sanktionen und Schwierigkeiten für die kommenden Entwicklungsaufgaben zur Folge haben. Die Entwicklungsaufgaben stehen miteinander in Verbindung und können nicht losgelöst voneinander betrachtet werden. (S. 39-41) Cassée (2010) fasst die Entwicklungsaufgaben von Kindern zusammen und teilt diese in altersspezifische, physische, soziale, emotionale und kognitive Bereiche ein. Jeder Entwicklungsbereich stellt gewisse Anforderungen an das Individuum. Entwicklungsverläufe können sich aufgrund einer mangelhaften biopsychischen Ausstattung oder ungünstiger Umweltbedingungen verlangsamen oder einschränken. (S. 283-294)

Entwicklungsaufgaben im ersten Lebensjahr 0-12 Monate

Das erste Lebensjahr und die frühkindlichen Prozesse sind geprägt von der strukturellen und funktionellen Reifung des Gehirns und ersten gemachten Erfahrungen. Der Säugling hat im ersten Lebensjahr die Aufgabe sein physiologisches Gleichgewicht durch die Nahrungsaufnahme, den Schlaf-Wach-Rhythmus und den ruhig-aufmerksamen Wachzustand zu regulieren. Die angeborenen Reaktionsreflexe verschwinden und die erlernte Selbststeuerung führt zu einer kontrollierten, differenzierten und koordinierten Grob- und Feinmotorik. Als Überlebensstrategie muss der Säugling mit seiner sozialen Umgebung Kontakt aufnehmen und auf die Kontaktangebote eingehen können. Er sollte in der Lage sein, zu seinen nahen Bezugspersonen eine stärkere Bindungsqualität aufzubauen als gegenüber aussenstehenden Personen. Dies geschieht in Abhängigkeit der biologischen und psychischen Ausstattung des Säuglings und der Verfügbarkeit seiner Bezugspersonen. Im ersten Lebensjahr lernt das Kind seine primären Emotionen (z.B. Freude, Ekel, Ärger, Ängste, Trauer etc.) in den passenden Situationen über seine Mimik und Gestik zu äussern. Diese nonverbale Kommunikation ermöglicht ihm, den Bezugspersonen seine Stimmungen mitzuteilen. Der Säugling bildet durch konkrete Handlungen eine erste Kategorisierung der Umwelt. Er koordiniert Wahrnehmung und Motorik und ist in der Lage sinnliche und motorische Erfahrungen zu sammeln, welche ihm später eine symbolische Vorstellung von Objekten ermöglichen. Bereits im ersten Lebensjahr erfährt der Säugling, dass Gegenstände oder Personen auch während ihrer Abwesenheit weiterhin vorhanden sind. (Cassée, 2010, S. 282-283)

Entwicklungsaufgaben im Kleinkind- und Kindergartenalter 1-6 Jahre

In dieser Lebensphase werden der Handlungsspielraum und die Selbständigkeit des Kleinkindes zunehmend grösser. Durch motorische und emotionale Fähigkeiten, einer anregen-

den Umgebung und der Entwicklung des Gehirns ist das Kind in der Lage die Welt zu erkunden und Lernfortschritte zu erzielen. Die motorischen Fähigkeiten werden erweitert. Das zwei- bis dreijährige Kind lernt Rennen, Hüpfen und Treppen steigen. Im sechsten Lebensjahr hat das Kind seine grobmotorische Sicherheit erreicht. In der Feinmotorik zeigt sich anhand von Zeichnungen, dass die Augen-Hand-Koordination differenzierter ausgeführt wird. Bis zum dritten Lebensjahr lernt das Kind seinen Schliessmuskel bewusst zu betätigen und beendet die Reinlichkeitsentwicklung. Mit dem Erlernen der Sprache kann das Kind mit seiner Umwelt kommunizieren und seine Befindlichkeiten äussern. Zudem ist das Kind in der Lage Selbstgespräche zu führen und über seine eigene Person nachzudenken. Mit zunehmendem Alter kann sich das Kind in die Rollen, Verhaltensweisen, Gedanken- und Gefühlswelt eines andern Menschen hineinversetzen und seine Perspektive wechseln. Trotz der starken elterlichen Abhängigkeit wird vom Kind erwartet, dass es sich aus dem familiären Umfeld löst und sein Beziehungsumfeld erweitert. Dadurch gewinnen Gleichaltrige an Bedeutung und das Kind lernt, sich in ein erweitertes soziales System zu integrieren. Das Kind lernt ein Bild von sich selbst zu entwickeln, welches seine Identitätsbildung und die Festigung der Geschlechtsrolle unterstützt. Es beginnt vorgelebte Werte und Normen in seine Handlungen zu integrieren und entwickelt ein inneres Bewertungssystem. Dieses bildet zusammen mit dem persönlichen Identitätsgefühl die Grundlage um sekundäre Emotionen (z.B. Scham, Stolz, Verachtung, Schuld, Verlegenheit etc.) entwickeln und unterscheiden zu können. Das Kind hat die Aufgabe, seine Emotionen durch das Anwenden von Strategien (z.B. bei Angst die Mutter suchen) zu regulieren. Durch diese Strategien (Simulation, Unterdrückung, Ausweichen etc.) ist das Kind zudem in der Lage, seine Emotionen kontrolliert und gezielt auszudrücken. Auf der kognitiven Ebene lernt das Kind, sich die Wirklichkeit innerlich bildhaft vorzustellen. (Cassée, 2010, S. 284-285)

Entwicklungsaufgaben im Schulalter 7-12 Jahre

Unsere Gesellschaft hat die Erwartung, dass ein siebenjähriges Kind mit den bereits geleisteten Entwicklungsaufgaben den schulischen Anforderungen und Erwartungen gewachsen ist und der Schuleintritt erfolgen kann. In dieser Phase ist das Lernen von grundlegenden Fähigkeiten und Fertigkeiten für das spätere Leben zentral. Von einem Schulkind wird erwartet, dass es sich mit seinen eigenen Wünschen und Ideen in eine Gruppe integrieren kann, sich angesprochen fühlt, mitmacht, lernt Verantwortung zu übernehmen und sich innerlich von der Gruppe abgrenzen kann. Die Interaktion mit Gleichaltrigen unterscheidet sich von den Erwachsenen durch die hierarchischen Ebenen. Durch die ebenbürtige Interaktion mit Gleichaltrigen beginnen Freundschaften zu entstehen. Das Kind erlangt eine Vorstellung von Gleichheit, Gerechtigkeit, Regeln und Normen. Dazu gehört auch, dass es Kompromisse eingehen, sich durchsetzen und kooperieren kann sowie durch Konkurrenzverhalten sein Leistungsdenken fördert. Die Schule stellt das Kind vor die Aufgabe, dass es emotional mit

den sozialen und leistungsorientierten Erwartungen umgehen kann. Die Arbeitshaltung zeigt sich durch Konzentration, Ausdauer, Fleiss, Motivation, Sorgfalt und Selbständigkeit. Das Kind verfügt über konkrete operationale Denkschemen. Diese zeichnen sich durch serielles Ordnen (z.B. etwa der Grösse nach ordnen), Klassifikation (z.B. nach bestimmten Klassen zuordnen) und Erhaltungsbegriffe (z.B. 1 kg Federn ist gleich schwer wie 1 kg Steine) aus. Schulkinder lernen sich an Richtlinien oder Regeln zu halten und entwickeln ein Normgefühl. Die wichtigsten Kulturtechniken wie Schreiben, Lesen und Rechnen sowie das Wissen über allgemeinbildende Themen wird mit dem Abschluss der Schulzeit erwartet. Dies ist die Grundlage einer autonomen Lebensführung und bietet die Möglichkeit einen Beruf zu erlernen und seine Existenz zu sichern. Während der Schulzeit wird zudem die Körperbeherrschung, der adäquate Einsatz der Körperkraft, der Gleichgewichtssinn und der Augen-Hand-Koordination entwickelt. (Cassée, 2010, S. 286-288)

Entwicklungsaufgaben im Jugendalter 13-18 Jahre

Während der Jugendphase müssen die Jugendlichen vielen - manchmal auch widersprüchlichen – Erwartungen und Anforderungen gerecht werden. Jugendliche erarbeiten in dieser Phase wichtige Elemente ihrer Identität. Dies gelingt ihnen besser, wenn die Bewältigung der Entwicklungsaufgaben schrittweise geschieht. Dabei kann die Unterstützung der Eltern und der Schule relevant sein. Die Jugendlichen müssen mit raschen körperlichen Veränderungen umgehen können, diese akzeptieren und diesbezüglich eine positive Einstellung entwickeln. Sie lernen ihren Körper zu pflegen und entwickeln angemessene Ernährungsgewohnheiten. Die Jugendlichen entdecken ihre eigenen sexuellen Wünsche, Bedürfnisse und Verhaltensweisen und müssen diese mit ihrem persönlichen und sozialen Lebensinhalt vereinbaren. Einen lust- und verantwortungsvollen Umgang mit der Sexualität und die sexuelle Identität zu finden, stellt die Jugendlichen vor eine grosse Herausforderung. Erste sexuelle Kontakte und die Entwicklung der sexuellen Orientierung gehören dazu. Die Jugendlichen sind mit einem Wertewandel der männlichen und weiblichen Rollenbilder konfrontiert und müssen einen persönlichen Umgang damit finden. Zudem befinden sie sich im Ablösungsprozess, die Eltern geraten als wichtige Bezugspersonen in den Hintergrund und die Gleichaltrigen gewinnen an Bedeutung und unterstützen diesen Prozess. Beziehungen zu Gleichaltrigen sind relevant und bieten die Möglichkeit persönliche Themen zu besprechen, Interessen zu teilen und neues Verhalten auszuprobieren, welches Orientierung und Stabilität bietet. Es finden kollektive Normierungen statt und der Identitätsfindungsprozess wird unterstützt. Die Jugendlichen müssen lernen ihre Freizeit selber zu organisieren, da das Familienleben in den Hintergrund gerät. In ihren Freizeitaktivitäten haben sie die Möglichkeit, sich selbst zu entfalten. In der Gesellschaft spielen Konsumwaren eine grosse Rolle. Jugendliche sind die Zielgruppe der Werbung und müssen lernen mit den vielen Angeboten zurechtzukommen. Dazu gehört auch ein bewusster Umgang mit dem Konsum von Suchtmitteln. Die Autonomie nimmt zu, es

bedarf eines respektvollen Umgangs mit Autoritätspersonen und Instanzen. Jugendliche müssen in der Lage sein, einen verhältnismässigen Machtunterschied zu akzeptieren. Das Jugendalter beinhaltet die Entwicklung der Persönlichkeit, welche sich durch individuelle Merkmale, Eigenschaften, Einstellungen und Handlungskompetenzen äussert. Jugendliche setzen sich mit Werten und Normen auseinander und entwickeln ihr eigenständiges Wertesystem. Dieses gibt ihnen Orientierung und prägt ihr eigenes Handeln. Die Entwicklungsphase in der Pubertät kann von Widerstand gegenüber vorgegebenen Strukturen und Inhalten geprägt sein und zu Konflikten führen. Beispielsweise befinden sich die Jugendlichen in Ambivalenzen zwischen dem Erbringen von Leistungen und der Angst, wegen guten Leistungen von der Klasse ausgegrenzt zu werden. Bereits während der Schulzeit müssen sich die Jugendlichen mit ihrer Berufswahl auseinandersetzen und sich für eine erste Berufsausbildung entscheiden. Dies soll sie zur materiellen Unabhängigkeit der Eltern befähigen. (Cassée, 2010, S. 288-292)

Zusammenfassend zeigt sich, dass die Entwicklung des Kindes von der erfolgreichen Bewältigung unterschiedlicher Entwicklungsaufgaben abhängt. Jedes Kind hat während seinem Entwicklungsverlauf, je nach Alter, unterschiedliche Aufgaben zu meistern. Können diese Entwicklungsaufgaben erfüllt werden, kann sich das Kind adäquat entwickeln und ist besser in der Lage weitere Entwicklungsaufgaben auch im Erwachsenenalter erfolgreich zu meistern. Werden die Entwicklungsaufgaben hingegen nicht erfüllt, kann es zu Auffälligkeiten oder Störungen im Verhalten des Kindes führen. Beispielsweise in dem es den Anforderungen aus der Schule nicht gerecht wird, welches zu Schulproblemen führen könnte, wodurch es möglicherweise Ausschluss und Ablehnung durch Gleichaltrige erlebt, welches wiederum zu Bindungsstörungen führen könnte. Deshalb sind Kinder während diesem herausfordernden Prozess auf die Begleitung und Unterstützung ihrer Bezugspersonen angewiesen.

2.2.2 Erziehungskompetenz

Gemäss Franz Petermann und Ulrike Petermann (2006) setzt sich die Erziehungskompetenz aus der Familieninteraktion und dem Verhalten der Eltern zusammen. Die Kompetenz besteht darin, eine optimale Passung zwischen den altersbedingten Bedürfnissen des Kindes und der Gestaltung der kindlichen Umwelt zu erzeugen. (S. 1) Eleanor Maccoby (1999) definiert vier Fähigkeiten des elterlichen Erziehungsverhaltens:

1. Die körperlichen Bedürfnisse des Kindes zu befriedigen,
2. als stabile vertrauensvolle Bezugspersonen zur Verfügung zu stehen,
3. minimale Regeln und Werte zu vermitteln und
4. Lernangebote anzubieten. (zit. in Petermann & Petermann, 2006, S. 2)

Petermann und Petermann (2006) führen weiter aus, dass Orientierung zu ermöglichen die Hauptaufgabe der Erziehung ist. Orientierung setzt sich einerseits durch ein positives Vorbild und andererseits durch klare Regeln zusammen. Klare Grenzen zu setzen und damit verbundene positive oder negative Konsequenzen, welche mit dem Verhalten des Kindes zusammenhängen, fördern die Übernahme von sozialen Normen und die Entwicklung des Sozialverhaltens. Dadurch lernt das Kind sein Verhalten zu steuern. Die Erziehungskompetenz steht immer in Bezug auf das erziehende Kind und setzt sich aus bewussten beziehungsweise unbewussten und unbeabsichtigten Verhalten zusammen. Dies kann sich sowohl positiv als auch negativ auf die Entwicklung des Kindes auswirken. Die Erziehungskompetenz bezieht sich nicht nur auf die Eltern, sondern auch auf weitere Bezugspersonen des Kindes, wie beispielsweise Erziehungspersonen aus dem familiären Umfeld oder pädagogische Fachpersonen in Institutionen. Petermann und Petermann unterteilen die Erziehungskompetenz in sechs Komponenten und dazugehörige Merkmale: (S. 2)

Beziehungsfähigkeit	Diese Fähigkeit zeigt sich durch eine fürsorgliche zuverlässige und empathische Haltung, in welcher verschiedene Perspektiven eingenommen werden können, Emotionen gezeigt, Zuneigung und Liebe ausgedrückt und Schutz und Geborgenheit vermittelt werden.
Interaktions- und Kommunikationsfähigkeit	Das Zuhören, Erzählen, miteinander Reden, Beobachten und adäquate verbale und nonverbale Reaktionen umschreiben diese Erziehungskompetenz.
Grenzsetzungsfähigkeit	Können Absprachen getroffen, eindeutige Regeln gesetzt, Konsequenzen realisiert und durchgehalten sowie positive und negative Verstärkungen bei unangemessenem Verhalten des Kindes vermieden werden, so verfügen die Eltern über die Grenzsetzungsfähigkeit.
Förderfähigkeit	Förderung findet durch Unterstützung, Ermutigung, Bekräftigung und positive Verstärkung, Anforderungen setzen sowie Aufgaben und Verantwortung übertragen statt.
Vorbildfähigkeit	Die Eltern verfügen über diese Fähigkeit, wenn sie Selbstdisziplin aufweisen, ihr Handeln und Verhalten reflektieren, eine Selbstkontrolle besonders bei negativen Emotionen beherrschen und ihre Impulse kontrollieren können.
Alltagsmanagementfähigkeit	Sind die Eltern in der Lage die Versorgung (Ernährung, Hygiene etc.), Pflege (Krankheiten etc.), Organisation (Einkaufen, Haushalt, Freizeit etc.) und Struktur (feste Zeiten für Alltagshandlungen etc.) auszuführen, sind sie fähig den Alltag zu meistern.

Tabelle 1: Komponenten der elterlichen Erziehungskompetenz (eigene Darstellung in Anlehnung an Petermann & Petermann, 2006, S. 2)

Petermann und Petermann (2006) beschreiben eine mangelnde elterliche Erziehungskompetenz durch strenges oder strafendes Erziehungsverhalten. Dies steht oft in Zusammenhang mit aggressivem Verhalten des Kindes, da die Eltern die Vorstellung haben, das Kind mit strafendem Verhalten beeinflussen zu können. Eine weitere ungünstige Erziehungskompetenz besteht, wenn Eltern nicht in der Lage sind, klare Grenzen zu setzen, Regeln einzuhalten und eindeutige Anweisungen zu geben. Dieses widersprüchliche Verhalten wirkt sich negativ auf das Kind aus. Für das Kind ist es dabei kaum möglich Normen und Werte zu verinnerlichen, förderliches Sozialverhalten und Selbstregulationsfähigkeiten zu entwickeln. Mangelt es dem Kind gegenüber an elterlicher Wärme und Empathie, wirkt sich dies belastend auf sein Selbstwertgefühl aus. Das Kind versucht oft auch durch negatives Verhalten, die Aufmerksamkeit und das Interesse der Eltern zu gewinnen. Die Ursachen von mangelnder Erziehungskompetenz sind vielseitig und können von den Lebensumständen der Familie, der psychischen und körperlichen Gesundheit der Eltern, der elterlichen Stressbelastungen und der ökonomischen Situation abhängen. (S. 4-5)

Bezugnehmend auf die Ausführungen zu den Entwicklungsaufgaben (vgl. Kapitel 2.2.1) zeigt sich, dass sich das Verhalten des Kindes und jenes der Eltern gegenseitig beeinflussen. Entsprechend stehen die Entwicklung des Kindes und die Erziehungskompetenz der Eltern in einer steten Wechselwirkung. Somit sind die Bedingungen zur qualitativ guten Bewältigung der formulierten Entwicklungsaufgaben durch die Erziehungskompetenz der Eltern geprägt. Je nachdem bilden die Eltern einen förderlichen oder hinderlichen Faktor bei der Bewältigung von Entwicklungsaufgaben.

2.3 Lebenssituation von Kindern mit psychisch kranken Eltern

Das folgende Kapitel gibt dazu einen allgemeinen Einblick in die Lebenssituation von betroffenen Kindern. Dabei liegt der Fokus auf den Kindern und den Auswirkungen der elterlichen Erkrankung auf familiären Alltag. Dieses Kapitel stellt Verbindungen zu den bereits eingeführten Themen über die Entwicklungsaufgaben des Kindes und die elterliche Erziehungskompetenz her.

2.3.1 Familiärer Alltag und Parentifizierung

Gemäss Lenz (2005) gerät der familiäre Alltag in Familien mit psychisch kranken Eltern oftmals durcheinander. Die Kinder übernehmen zur Entlastung der Familie die erwachsenen Rollen und Aufgaben. Dies führt zu einer Vermischung der Generationsgrenzen. Es findet eine Rollenumkehr statt. (S. 128-129) Ivan Boszormenyi-Nagy und Geraldine M. Spark (1981) bezeichnen diese Rollenumkehr als Parentifizierung. Sie definieren Parentifizierung

durch die Übertragung der Verantwortung der Eltern auf das Kind, indem das Kind eine Eltern- oder Partnerfunktion übernimmt. Boszormenyi-Nagy und Spark (1981) betonen, dass Parentifizierung nicht automatisch pathologisiert werden kann. Ein gewisses Mass an Rollenumkehr kommt in allen Familien vor und kann je nach Alter für die Kindsentwicklung (vgl. Kapitel 2.2.1) sogar förderlich sein. Die Rollenumkehr ermöglicht den Kindern soziale Fähigkeiten, Verantwortung, Fürsorglichkeit und Empathie zu lernen. Jedoch bedeutet sie häufig den Verlust der eigenen Kindheit und in diesem Sinne auch den Verlust von Sorglosigkeit und Spontaneität. Inwiefern die Parentifizierung förderlich respektive hinderlich für die Entwicklung ist, hängt davon ab, ob die Leistungen des Kindes anerkannt werden und der Ablösungsprozess der Kinder umgesetzt werden kann. Kinder, welche unter einer Parentifizierung leiden, wirken depressiv, ernst, „pseudofrühreif“ und überverantwortlich. (zit. in Lenz 2008, S. 28-30)

Christiane Deneke (2005) beschreibt, dass die Parentifizierung eine Haltung von den Eltern gegenüber dem Kind ist, welche ihm die Erwartungen signalisiert, dass es etwas unternehmen kann um das Bedürfnis der Eltern zu erfüllen. Beispielsweise in dem das Kind die Eltern zum Lachen bringt, sie tröstet oder ihnen Zuwendung schenkt. Dadurch erlebt das Kind ein Gefühl von Selbstwert, Selbstwirksamkeit und Beachtung. Je nach dem, welches Bedürfnis die Eltern signalisieren, verhält sich das Kind entsprechend. Ein Risiko besteht in betroffenen Familien, wenn die Rollenübernahme aufgrund der psychischen Erkrankung zustande kommt und die Rollen die Entwicklungsmöglichkeiten der Kinder einschränken. Es ist entscheidend, ob das Kind seine Rolle selbst wählt oder diese durch den Druck der Eltern übernimmt. (S. 148) Gemäss David Elkind (1981) und Rebecca Jones und Marolyn Wells (1996) zeigen parentifizierte Kinder starke Ambivalenzen. Einerseits fühlen sie sich stark und mächtig aufgrund ihrer Rolle, andererseits sind sie verzweifelt und haben Angst, den elterlichen Ansprüchen und Erwartungen nicht zu genügen. Dies kann zu Verhaltensauffälligkeiten führen, woraus sich Kontaktprobleme, soziale Ängste, Leistungsprobleme und ein zwanghaftes Erfolgsstreben ergeben können. Kinder, welche versuchen ihren Eltern in allen Belangen zu helfen, neigen eher zu masochistischen, selbstzerstörerischen Persönlichkeiten. Kinder, die versuchen die Lebensträume ihrer Eltern zu verwirklichen, zeigen eher narzisstische Charaktereigenschaften. (zit. in Lenz, 2008, S. 30)

2.3.2 Tabuisierung, Kommunikationsverbot und Unwissen über die Krankheit

Lenz (2008) beschreibt, dass eine Auseinandersetzung mit der elterlichen Krankheit in betroffenen Familien kaum stattfindet und die Kinder über die Erkrankung häufig nicht informiert sind. Dies führt zur Tabuisierung der elterlichen Erkrankung. Obwohl die Kinder die verän-

dernten Verhaltensweisen ihrer Eltern genau wahrnehmen, vermeiden sie aus Rücksichtnahme Fragen zu stellen oder sie erhalten von den Eltern explizit das Verbot, darüber zu sprechen. Dieses Kommunikationsverbot führt zu einem Familiengeheimnis, welches sich auf die familiäre Atmosphäre auswirkt und die psychische Krankheit innerhalb und ausserhalb der Familie tabuisiert. Die Kinder können sich die plötzlichen Stimmungsschwankungen oder veränderten Verhaltensweisen nicht erklären. Geprägt von ihrem kognitiven Entwicklungsstand (vgl. Kapitel 2.2.1) führen sie die Stimmungsschwankungen und Verhaltensänderungen auf ihr eigenes Verhalten zurück, machen sich Schuldvorwürfe und nehmen die Krankheit als etwas Unheimliches wahr. Die Kinder befinden sich in einer stetigen Ambivalenz zwischen dem Bedürfnis, das veränderte Elternverhalten erklärt zu bekommen und dem Wunsch, keine Unruhe zu erregen. Ihre Lebenssituation ist geprägt von Loyalitätskonflikten, da sie das Bedürfnis verspüren, ihre Fragen zu klären und gleichzeitig möchten sie ihre Eltern nicht verraten, wenn sie das implizite oder explizite Schweigeverbot brechen. (S. 32-33) Gemäss Peter Stöger (1996) kommt hinzu, dass die erkrankten Eltern oftmals eine andere Wahrnehmung der Umwelt aufweisen, wodurch die kindliche Wahrnehmung zusätzlich in Frage gestellt wird. Dies kann zu weiteren Loyalitätskonflikten führen. (zit. in Schone & Wagenblast, 2010, S. 15) Aufgrund der Tabuisierung und des Kommunikationsverbotes haben die Kinder gemäss Lenz (2005) ein Informationsdefizit. Da ihnen eine Ansprechperson fehlt oder sie sich nicht getrauen, Fragen zu stellen, beginnen sie, sich eigene Gedanken und Bilder zu machen. Betroffene Kinder besitzen oft ein diffuses Wissen über die Krankheit. Die Entstehung der Krankheit erklären sie sich häufig durch familiäre Probleme, Stress und Überforderungen. Unwissenheit über die Krankheit kann Ängste, Verzweiflung oder irrationale Kognitionen hervorrufen. So machen sich die Kinder Sorgen, ob ihre Verhaltensweisen sie selbst auch krank machen. (S. 112-114) Plass und Wiegand-Grefe (2012) sehen verschiedene Gründe für die Tabuisierung der Erkrankung. Diese können Schonung oder Rücksichtnahme, fehlende Krankheitseinsicht, Angst vor Stigmatisierung und Scham- oder Schuldgefühle sein. Oft befürchten die Eltern, dass sie durch ihre Krankheit die Elternrolle verlieren oder ihnen das Sorgerecht entzogen wird. (S. 26)

2.3.3 Fehlende soziale Unterstützung und Isolierung

Gemäss Plass und Wiegand-Grefe (2012) besteht ein Zusammenhang zwischen dem Kommunikationsverbot der Erkrankung und der Möglichkeit soziale Unterstützung zu organisieren. Wird die Krankheit tabuisiert, gelingt es den Kindern kaum, Unterstützung von aussen zu erhalten. Zudem kann ausserfamiliäre Unterstützung nur bedingt wirken, wenn Informationen über die familiäre Situation und die elterliche Erkrankung fehlen. (S. 27) Plass und Wiegand-Grefe (2012) zeigen auf, dass sich betroffene Kinder verpflichtet fühlen ihre Familie

zu unterstützen und sich in ständiger Sorge befinden, dass eine Katastrophe eintreten könnte, wenn sie nicht zu Hause sind. Dies bewirkt, dass ausserfamiliäre Kontakte (vgl. Kapitel 2.2.1), Beziehungen und Aktivitäten für sie eine untergeordnete Rolle erhalten. (S. 27) Lenz (2005) beschreibt, dass betroffene Kinder zwar über ein kleines soziales Umfeld verfügen, es jedoch vermeiden, ihre Sorgen mit ihren Freunden zu teilen. Für die Kinder ist keine Person vorhanden, welche mit ihnen über ihre Probleme spricht und eine normalisierende Funktion übernimmt. Lenz begründet diese Isolierung dadurch, dass die Scham und Angst der Kinder sie daran hindern, mit ihren Freunden über die Erkrankung zu sprechen. Sie befürchten auf Ablehnung und Ausgrenzung zu stossen, wenn die elterliche Krankheit bekannt wird. (S. 120-122) Gemäss Mattejat (1996) ist dies nicht nur eine Befürchtung. Es kann durchaus vorkommen, dass die Kinder selbst sowie ihre Eltern aufgrund der elterlichen Erkrankung vom sozialen Umfeld abgewertet werden. (zit. in Schone & Wagenblass, 2010, S. 16-17)

2.3.4 Emotionen der betroffenen Kinder

Lenz (2008) beschreibt, dass die Gefühlswelt betroffener Kinder (vgl. Kapitel 2.2.1) geprägt ist von Ängsten, Verlust, Scham, Trauer und Schuld. Sie haben Angst davor, dass sich die Krankheit verschlimmern könnte oder sie selber daran erkranken. Sie fühlen sich schuldig, so dass sie ihr Verhalten für die Ursache der Erkrankung verantwortlich machen. Wenn die Krankheit länger andauert, empfinden die Kinder Hoffnungslosigkeit und Resignation, da sie dem erkrankten Elternteil nicht helfen können. Bei älteren Kindern können gleichzeitig auch Gefühle der Wut über den erkrankten Elternteil auftreten, welche wiederum Schuldgefühle zur Folge haben. Ihre Gefühle schwanken zwischen Angst, Ruhelosigkeit, Anspannung, Mitleid und Empörung. (S. 34) Schone und Wagenblass (2010) beschreiben, dass die betroffenen Kinder auf zwei unterschiedliche Arten reagieren. Die einen ziehen sich zurück, werden still, sind in sich gekehrt und entwickeln internalisierende Auffälligkeiten. Diese Kinder erscheinen unauffällig und isolieren sich zunehmend. Die andern zeigen Aggressionen oder andere externalisierende Verhaltensauffälligkeiten, welche Aufmerksamkeit erregen. In beiden Situationen befinden sich die Kinder in einem Loyalitätskonflikt. Einerseits wünschen sie sich die Familie zusammen zu halten und dass alles wieder in Ordnung kommt und andererseits würden sie am liebsten von ihrer Familie fliehen. (S. 13-14)

2.3.5 Krankheitsspezifische Aspekte der elterliche Erkrankung

Plass und Wiegand-Grefe (2012) beschreiben, dass Kinder krankheitsbedingte Veränderungen ihrer Eltern aufgrund der emotionalen Bindung zu ihnen und ihrer Beobachtungsfähigkeit sehr früh und exakt wahrnehmen. Je nach Symptomatik, Dauer, Krankheitsverlauf und persönlichen Veränderungen sind die Lebenssituationen der Kinder unterschiedlich belastet. (S. 23) Lenz (2008) zeigt auf, dass Kinder mit depressiv erkrankten Eltern mit den krankheitsbe-

dingten Symptomen von Rückzug, Antriebslosigkeit, Interessensverlust, Hoffnungslosigkeit, Ermüdung und Vernachlässigung von Alltagsaufgaben (vgl. Kapitel 2.2.2) konfrontiert sein können. (S. 16) Plass und Wiegand-Grefe (2012) beschreiben, dass psychotische Eltern die Lebenssituation der Kinder durch verwirrte, unverständliche, misstrauische und orientierungslose Verhaltensweisen (vgl. Kapitel 2.2.2) prägen können. Das Kind erlebt seinen erkrankten Elternteil als fremd und unheimlich. Werden die Kinder in das Wahnerleben der Eltern miteinbezogen, kann sich das besonders beängstigend und beeinträchtigend auswirken. Die Lebenssituation von Kindern mit Eltern, welche an einer Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) leiden, ist geprägt von Impulsivität und Instabilität des erkrankten Elternteils. Diese Kinder sind besonders häufig von Trennungen, Beziehungsabbrüchen und Umzügen betroffen. (S. 23-24) Gemäss Mattejat (2011) reagieren betroffene Kinder verängstigt, verwirrt und desorientiert. Sie können die Probleme der Eltern weder einordnen noch verstehen und erleben die Situation unkontrollierbar. (S. 88).

Bei allen drei Krankheitsbildern kann es zu suizidalem Verhalten kommen, welches die Lebenssituation der Kinder besonders schwerwiegend belastet (Plass & Wiegand-Grefe, 2012, S. 23). Eine weitere Belastung für die Kinder stellt auch eine Klinikeinweisung der psychisch kranken Eltern dar. Gemäss Lenz (2005) kommt eine Einweisung oftmals unter dramatischen Umständen zustande, was für die Kinder ein traumatisches Ereignis darstellt. Sie erleben, dass ihre Eltern die Autorität und Autonomie (vgl. Kapitel 2.2.2) verlieren und fühlen Angst, Ohnmacht, Traurigkeit, Leere, Hilflosigkeit und Verzweiflung. (S. 84) Andererseits schildern Plass und Wiegand-Grefe (2012), dass eine Klinikeinweisung auch eine Entlastung für die Kinder darstellen kann, in dem sie die Verantwortung abgeben können (S. 24). Anhand folgender Darstellung zeigt sich, durch welche Aspekte die Lebenssituation von Kindern mit psychisch kranken Eltern geprägt sein kann.

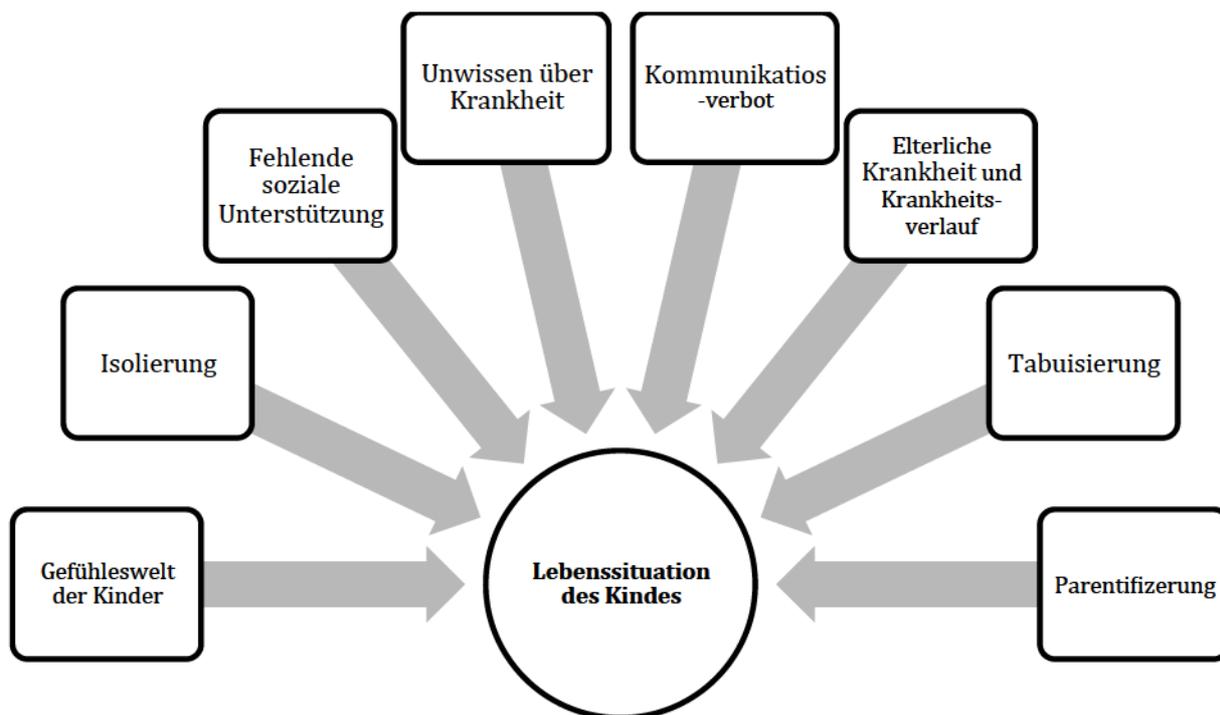


Abbildung 1: Einflüsse auf die Lebenssituation von Kindern mit psychisch kranken Eltern (eigene Darstellung)

2.4 Risikofaktoren von Kindern mit psychisch kranken Eltern

Das folgende Kapitel beschäftigt sich mit den Risikofaktoren für die Entwicklung des Kindes, welche sich aus der Lebenssituation (vgl. Kapitel 2.2.1) ergeben könnten. Einleitend wird anhand von vorhandenen Studien das Erkrankungsrisiko von betroffenen Kindern dargestellt. Die folgenden Unterkapitel zeigen generelle Risikofaktoren auf, welche in Familien mit psychisch kranken Eltern vorkommen können.

2.4.1 Erkrankungsrisiken

Nach Lenz (2005) verfolgt die Risikoforschung das Ziel, diejenigen Faktoren zu untersuchen und Merkmale zu beschreiben, welche eine erkrankte Gruppe von einer unbelasteten Vergleichsgruppe unterscheiden. Durch den Vergleich mit den sich gesund entwickelnden Kindern lässt sich ableiten, welche Bedingungen zu einem erhöhten Entwicklungsrisiko für die betroffenen Kinder führen. (S. 13)

Allgemeines Erkrankungsrisiko

Laut Lenz (2005) besteht für Kinder, welche mit einem erkrankten Elternteil aufwachsen, ein erhöhtes Risiko, selbst eine psychische Krankheit zu erleiden (S. 13). Mattejat, Lenz und Wiegand-Grefe (2011) fassen zusammen, dass das Erkrankungsrisiko für Kinder mit psychisch kranken Eltern gegenüber Kindern mit psychisch gesunden Eltern um das zwei- bis

zehnfache erhöht ist (S. 17). Mattejat (2011) führt aus, dass bis zu 60% der Kinder mit psychisch kranken Eltern im Verlauf ihres Lebens irgendeine psychische Auffälligkeit oder Störung entwickeln (S. 79).

Spezifisches Erkrankungsrisiko

Das Lebenszeitrisiko an Schizophrenie zu erkranken liegt in der Gesamtbevölkerung bei 1% (Lenz, 2005, S. 14). Helmut Remschmidt und Mattejat (1994) beziehen sich auf Studien, welche eine erhöhte Wahrscheinlichkeit einer schizophrenen Erkrankung für Kinder mit betroffenen Eltern belegen. Das Erkrankungsrisiko für Kinder, bei welchen ein Elternteil an einer schizophrenen Erkrankung leidet, ist um 10% bis 15% erhöht. Wenn beide Eltern betroffen sind, erhöht sich das Risiko für das Kind auf rund 35% bis 50%. Das Risiko steigt je nach Anzahl erkrankter Angehöriger und in Abhängigkeit des Schweregrads der Erkrankung. (S. 22, 37, 50-51) Lenz (2005) zitiert Studien, welche bei Kindern von depressiv erkrankten Eltern belegen, dass das Erkrankungsrisiko um das sechsfache erhöht ist gegenüber Kindern mit gesunden Eltern. Die Wahrscheinlichkeit zu erkranken steigt für die betroffenen Kinder auf 70%, wenn beide Eltern depressiv erkrankt sind. (S. 15) In einer Studie von Margaret Weiss, Phyllis Zelkowitz, Ronald Feldman, Judy Vogel, Marsha Heyman und Joel Paris (1996) wurden die Kinder von Müttern mit einer Persönlichkeitsstörung und die Kinder mit Müttern mit einer BPS verglichen. Diese Untersuchung zeigt, dass die Kinder von den Müttern mit einer BPS erheblich mehr psychische Störungen aufweisen und die Krankheitskriterien einer BPS häufiger erfüllen. In beiden Untersuchungsgruppen erlebten mehr als 90% der Kinder traumatische Erlebnisse. (zit. in Plass & Wiegand-Grefe, 2012, S. 58) Plass und Wiegand-Grefe (2012) nehmen als empirisch gesichert an, dass Kinder mit Eltern, welche an einer Persönlichkeitsstörung leiden, die höchste Auffälligkeitsraten und die ungünstigsten Entwicklungsverlauf haben und somit am stärksten gefährdet sind (S. 59).

Diesbezüglich stellen sich die Fragen, inwiefern die genetischen Faktoren bei der Krankheitsentstehung eine Rolle spielen und welche Bedeutung den Umweltfaktoren zukommt, da viele Kinder trotz erkrankten Eltern keine psychische Störung oder Auffälligkeiten entwickeln. Mattejat (2011) beschreibt, dass aufgrund des aktuellen Forschungsstandes bezüglich dem Einfluss der Genetik und Umwelt davon ausgegangen wird, dass die genetischen Faktoren mitbestimmen, ob sich ein belastendes Umweltereignis krankheitserregend auswirkt oder nicht. Die genetischen Faktoren und Umwelteinflüsse spielen bei der Entstehung einer psychischen Krankheit eine ausgeglichene Rolle. Die meisten psychischen Krankheiten werden nicht als solche vererbt, sondern nur die Vulnerabilität für die Erkrankung. Mit Vulnerabilität ist die Verletzlichkeit beziehungsweise Anfälligkeit für eine psychische Krankheit gemeint. Der genetische Faktor bestimmt, wie verletzlich ein Mensch auf bestimmte Umweltbedingungen reagiert. Die Vulnerabilität bedeutet nicht, dass ein Mensch unweigerlich eine Krankheit

entwickelt, sondern dass auf Belastungen aus der Umwelt sensibler reagiert wird. (S. 82-83) Dies bestätigen Pekka Tienari & Lyman Wynne (2004) anhand von Adoptionsstudien. Diese ergeben, dass das Erkrankungsrisiko von betroffenen Kindern, welche nach der Geburt adoptiert werden, wesentlich davon abhängt, ob in der Adoptivfamilie günstige Umweltbedingungen und/oder familiäre Belastungen vorhanden sind. (zit. in Lenz, 2010, S. 4)

2.4.2 Alter und Geschlecht des Kindes

Eine elterliche Erkrankung kann sich je nach Alter und Geschlecht des Kindes unterschiedlich auf das betroffene Kind auswirken. Gemäss Petermann, Petermann und Franziska Damm (2008) ist das heranwachsende Gehirn eines Kindes während der Schwangerschaft besonders vulnerabel gegenüber stressbelasteten Erfahrungen. Psychische Erkrankungen oder emotionale Belastungen können im Mutterleib bereits die neuronale Entwicklung beeinflussen und zu Abweichungen von Hirn- und Verhaltensleistungen führen. Dies kann sich durch eine erhöhte Erregbarkeit und Regulationsstörungen wie beispielsweise Schlaf-, Fütter- und Aktivitätsstörungen zeigen. (S. 244-246)

Petermann, Petermann und Damm (2008) betonen, dass Kleinkinder durch ihre reifungsbedingte Einschränkung der Regulation sensorischer, physiologischer und affektiver Erregung auf die Hilfe ihrer Eltern angewiesen sind. Sind die Eltern aufgrund der psychischen Erkrankung nicht oder nur eingeschränkt in der Lage adäquat auf diese Bedürfnisse zu reagieren, kann dies Entwicklungsprobleme hervorrufen und die Wahrscheinlichkeit für Verhaltensauffälligkeiten erhöhen. Die elterliche Beeinträchtigung kann zu Störungen in der Eltern-Kind-Interaktion (vgl. Kapitel 2.2.2) führen. Wenn das Kind ein emotional reduziertes, feindseliges oder überstimuliertes Interaktionsverhalten erlebt, kann dies bereits im Alter von zwei Jahren emotionale Schwierigkeiten und Verhaltensprobleme verursachen. (S. 247-248)

Im Kindergartenalter zeigen die Kinder in der Regel einen grossen Wissensdurst (vgl. Kapitel 2.2.1). Sie interessieren sich zunehmend für die Wirklichkeit. Das in diesem Alter vorherrschende magische Denken, bei welchem das Kind davon ausgeht, dass seine Gedanken oder Handlungen direkten Einfluss auf ein Ereignis haben, kann dazu führen, dass Kinder die Erkrankung ihrer Eltern schuldhaft verarbeiten. Zudem gewinnen Freundschaften und ausserfamiliäre Kontakte (vgl. Kapitel 2.2.1) an Bedeutung. Signalisieren die erkrankten Eltern ihren Kindern, dass nicht über die Krankheit gesprochen werden darf, machen sich die Kinder Schuldzuweisungen und trauen sich nicht, sich gegenüber anderen Menschen zu öffnen. Damit bleibt ihnen allfällige ausserfamiliäre Unterstützung verwehrt. Das kann zu psychopathologischen Auffälligkeiten führen, welche sich in diesem Alter unterschiedlich zeigen können. (Plass & Wiegand-Grefe, 2012, S. 62)

Bei Jugendlichen mit psychisch kranken Eltern zeigt sich, dass diese oftmals mehr Verantwortung für die Familienorganisation übernehmen (vgl. Kap. 2.3.1). Diese zusätzliche Verantwortungsübernahme im Sinne einer Parentifizierung würde zwar grundsätzlich ihrem Entwicklungsstand entsprechen, jedoch kann es zu inneren Konflikten und Schuldgefühlen kommen, da gleichzeitig das Bedürfnis nach Autonomie und Ablösung vom Elternhaus vorhanden ist (vgl. Kapitel 2.2.1). Zudem können Schuldgefühle entstehen, wenn Jugendliche ihre pubertären Konflikte als Auslöser für die psychische Erkrankung der Eltern betrachten. Ihre Möglichkeit, sich selbständig Informationen zu beschaffen (vgl. Kapitel 2.2.1), lässt zu, dass sich die Jugendlichen über die psychische Krankheit der Eltern informieren und sich mit der Thematik auseinandersetzen. Dies kann einerseits Klarheit schaffen oder aber auch Ängste schüren, indem sie davon ausgehen, selbst psychisch zu erkranken. (Plass & Wiegand-Grefe, 2012, S. 63-64)

Petermann (2005) beschreibt, dass die Häufigkeit psychischer Störungen in Bezug auf die Geschlechtsunterschiede zwischen Jungen und Mädchen ausreichend belegen, dass Jungen häufiger an externalisierenden und Mädchen an internalisierenden Störungen leiden (S. 50). Mattejat (1995) beschreibt, dass zwei Drittel der psychisch auffälligen Kinder Jungen sind, wobei sich diese Zahl in der Adoleszenz verändert, wenn psychische Störungen bei Mädchen zunehmen. Er stellt fest, dass bei Jungen die aggressiv-agierenden Verhaltensweisen deutlich stärker vertreten sind und die Mädchen eher ängstlich-gehemmte Verhaltensweisen zeigen. Zusätzlich ist bei Jungen zu beobachten, dass sie auf familiäre Disharmonien oder Familienprobleme anfälliger reagieren und eher zu antisozialem Verhalten tendieren. (zit. in Plass & Wiegand-Grefe, 2012, S. 66) Eine Studie von Micheal Rutter und David Quinton (1984) untersucht den Zusammenhang zwischen dem Geschlecht des erkrankten Elternteils und dem Geschlecht des Kindes. Sie stellen fest, dass Kinder mit demselben Geschlecht, wie das des erkrankten Elternteils, stärker beeinträchtigt sind. (zit. in Plass & Wiegand-Grefe, 2012, S. 66)

2.4.3 Krankheitsspezifische Faktoren der elterlichen Erkrankung

Bestimmte Merkmale einer psychischen Erkrankung der Eltern erhöhen das Entwicklungsrisiko der Kinder. Jede psychische Erkrankung äussert sich durch spezifische Symptome, welche sich unterschiedlich auf die Entwicklung des Kindes auswirken. Dennoch lassen sich Studien finden, welche keine Unterscheidung zwischen der Diagnose der elterlichen Erkrankung in Bezug auf den Zusammenhang einer ungünstigen Entwicklung der Kinder machen. Für Lenz (2010) ist die elterliche Diagnose weniger bedeutungsvoll als die Chronizität, die Rückfallhäufigkeit, die symptomfreien Phasen, der Schweregrad der Erkrankung und die Kumulation von psychosozialen Risikofaktoren für das Entwicklungsrisiko der Kinder (S. 16).

Plass und Wiegand-Grefe (2012) beschreiben, dass unterschiedliche Resultate vorhanden sind, welche die Zusammenhänge von Chronizität, Begleiterkrankungen, Dauer, Schweregrad der elterlichen Erkrankung und der psychischen Auffälligkeit der Kinder untersuchten. Demnach kann noch nicht abschliessend beurteilt werden, inwiefern diese Risikofaktoren die Entwicklung der Kinder beeinträchtigen. Sie gehen davon aus, dass die subjektiv erlebte Belastung der Eltern den grössten Einfluss auf die Kindsentwicklung hat. (S. 36-37) Jana Jeske, Monika Bullinger, Plass, Petermann und Wiegand-Grefe (2009) nehmen als gesichert an, dass die elterliche Krankheitsverarbeitung ein Risikofaktor für die Entwicklung des Kindes darstellt. Dies gilt insbesondere dann, wenn die erkrankten Eltern und ihr Umfeld keine Krankheitseinsicht zeigen oder die psychische Krankheit tabuisiert, verleugnet oder verdrängt (vgl. Kapitel 2.3.2) wird. (S. 208) Gemäss einer Untersuchung zu Erziehungseinschränkungen (vgl. Kapitel 2.2.2) bei depressiven Müttern stellte Mattejat (2002) fest, dass bei depressiven Müttern die Sensibilität, die Bedürfnisse und Signale des Säuglings wahrzunehmen, eingeschränkt ist. Sie sprechen weniger und zeigen einen reduzierten Blick- und Körperkontakt und schaffen so nicht förderliche Bedingungen für die Entwicklungsaufgaben im ersten Lebensjahr (vgl. Kapitel 2.2.1). Betroffene Mütter mit Kindern im Schulalter fühlen sich oft überfordert und verunsichert, es fällt ihnen schwer adäquate Grenzen zu setzen und sie äussern kaum Lob oder Wertschätzung zur Stärkung des Selbstwertgefühls (vgl. Kapitel 2.2.2). Depressive Mütter übertragen den Jugendlichen viel Verantwortung. Es kommt öfters zur Parentifizierung (vgl. Kapitel 2.3.1) und in den altersspezifischen Entwicklungsaufgaben der Ablösungs- und Selbständigkeitsprozesse (vgl. Kapitel 2.2.1) werden die Jugendlichen kaum unterstützt. (zit. in Jungbauer, 2010, S. 17) Untersuchungen von Daniel N. Stern (1992) zur Interaktion von schizophrenen Müttern zeigen, dass die Signale und Bedürfnisse der Kinder kaum wahrgenommen werden, sondern eher auf die eigenen Stimmen oder Wahrnehmungen geachtet wird. Die Kinder werden als Puppen ohne Eigenleben behandelt. (zit. in Schone & Wagenblass, 2010, S. 20) Gemäss Schone und Wagenblass (2010) kommt es bei an einer BPS erkrankten Müttern häufig zu extremen Stimmungsschwankungen, so dass sich übersteigerte Zuwendung und aggressives Verhalten plötzlich abwechseln (S. 20).

2.4.4 Bindungs- und Beziehungsstörungen

Plass und Wiegand-Grefe (2012) beschreiben, dass die Interaktionsfähigkeit von psychisch kranken Eltern mit ihren Kindern eingeschränkt ist, welches zu Bindungsstörungen führen kann. Dies zeigt sich durch mangelnde Reaktionsfähigkeit, passives Verhalten, begrenzte Ausdrucksfähigkeit und emotionaler Unerreichbarkeit. (S. 38) Schone und Wagenblass (2010) betonen, dass Säuglinge und Kleinkinder besonders auf das soziale Beziehungsgefüge von primären Bezugspersonen angewiesen sind (vgl. Kap. 2.2.1). Ihre Grundbedürfnis-

se wie Pflege, Ernährung und eine anregende Umweltumgebung müssen gewährleistet werden. Durch Zuwendung von nahen Bezugspersonen erleben sie ein Gefühl von Sicherheit, Schutz, Geborgenheit und Anerkennung und können neue Situation als Herausforderung annehmen. Dies ermöglicht ihnen eine Entwicklung ohne Verhaltensauffälligkeiten oder Störungen (vgl. Kapitel 2.2.1) und sie gewinnen Selbstvertrauen. (S. 19-20)

Plass und Wiegand-Grefe (2012) fügen hinzu, dass die elterliche Paarbeziehung oftmals konfliktreich ist, was für die Kinder ein weiterer Risikofaktor darstellt. So treten häufiger Konflikte auf und diese äussern sich gravierender als in gesunden Partnerschaften. Zudem führen die elterlichen Konflikte oftmals zu Trennungen und Scheidungen. Dies hat zur Folge, dass sich die Familienkonstellation verändert und ein Elternteil alleine die Erziehungsfunktion übernimmt. Diese Störungen auf der Beziehungsebene stellen zusammen mit der psychischen Erkrankung eines Elternteils für die Entwicklung des Kindes einen Risikofaktor dar. (S. 38-39)

2.4.5 Eingeschränkte Erziehungskompetenz

Laut Deneke (2005) können psychische Krankheiten die vorhandene Erziehungskompetenz (vgl. Kapitel 2.2.2) der Eltern kurz- oder längerfristig beeinträchtigen (S. 146). Ist diese eingeschränkt, leiten sich daraus für die Kindsentwicklung Risikofaktoren ab. Lenz (2010) beschreibt das Erziehungsverhalten von psychisch kranken Müttern als auffällig und einschränkend. Sie reagieren weniger auf die kindlichen Signale, sondern steuern ihr Verhalten durch eigene Bedürfnisse. Im Kontakt mit den Kindern zeigen sie vermindertes Interesse, wenig emotionale Beteiligung und Einfühlungsvermögen. Die Kommunikation gegenüber dem Kind ist geprägt von negativen Gefühlen, Feindseligkeiten, Abwertungen und Entwertungen. (S. 5) Gemäss Schone und Wagenblass (2010) fühlt sich der psychisch erkrankte Elternteil der Elternrolle nicht gewachsen, ist mit sich und der Situation überfordert, schämt sich dafür, was er seinem Umfeld zumutet und hat Angst, dass ihm die Kinder weggenommen werden. Der gesunde Elternteil fühlt sich unsicher im Umgang mit dem Partner oder der Partnerin und ist überfordert mit der Lebenssituation der erkrankten Person, der Kindererziehung und der Organisation des familiären Alltags. (S. 13-14)

Deneke (2005) widmet dem Kommunikationsverhalten von erkrankten Eltern besondere Aufmerksamkeit und teilt die Beeinträchtigungen der Interaktion in drei unterschiedliche Formen ein. Bei depressiven, passiven, erschöpften und chronisch schizophrenen Eltern wird von einer Unterstimulation ausgegangen. Diese Eltern reagieren kaum oder nur zögerlich auf die Signale des Kindes. Die emotionale Erreichbarkeit ist kaum oder nur schwach vorhanden. Wenn es den Kindern auch durch Ungehorsam, Aggressionen oder selbstverlet-

zendes Verhalten nicht gelingt ihre Eltern zu erreichen, ziehen sie sich zurück, sind still und zeigen kaum Interesse. Dies hat Entwicklungsrückstände zur Folge. Die Überstimulation kommt vorwiegend bei ängstlich unsicheren, manischen und unruhig depressiven Menschen vor. Bei ihnen orientiert sich die Interaktion nicht an den Bedürfnissen des Kindes, sondern an den eigenen. Je nach Persönlichkeit des Kindes versucht es sich davon abzuwenden. Wenn es dem Kind nicht gelingt, ordnet es sich dieser Interaktionsform unter und erstarrt in Angst. Dies ist bereits ein erstes Zeichen für eine stattfindende Parentifizierung (vgl. Kapitel 2.3.1) und stellt eine Form von emotionaler Misshandlung dar. Die Unberechenbarkeit in der Interaktion zeigt sich vorwiegend von emotional instabilen Persönlichkeiten, welche sich durch ein stark wechselndes Kommunikationsverhalten bemerkbar macht. Die Kinder versuchen die Kontrolle über das unberechenbare Verhalten der Eltern zu gewinnen und ihr Verhalten darauf abzustimmen. Sie leiden oftmals an Bindungsstörungen, Hyperaktivität, Aggressivität und Störungen im Sozialverhalten. (S. 145-147)

2.4.6 Vernachlässigung

Christine Walsh, Harriet Mac Millan und Ellen Jamieson (2002) untersuchten bei über 8500 Menschen den Zusammenhang zwischen der psychischen Krankheit der Eltern und ihren Erfahrungen von Misshandlungen und sexuellen Missbrauch in der Familie. Diejenigen, welche die elterliche Erkrankung beschrieben, erlebten zwei- bis dreifach häufiger als der Durchschnitt der Bevölkerung Vernachlässigung, Misshandlung und sexuellen Missbrauch. (zit. in Deneke, 2005, S. 141) Schone (2008) definiert Vernachlässigung durch ein längeres Ausbleiben von materiellen, emotionalen und kognitiven Versorgungsleistungen, wodurch ein chronischer Zustand einer Mangelversorgung des Kindes entsteht. Vernachlässigung entsteht durch Nichtwissen, Überforderung und Unfähigkeit der Bezugsperson um angemessen auf die Bedürfnisse des Kindes zu reagieren. Vernachlässigung bezeichnet Schone als Beziehungsstörung zwischen Eltern und Kind, welche insbesondere für Säuglinge und Kleinkinder eine existenzielle Bedrohung darstellt, da sie von den erwachsenden Bezugspersonen abhängig sind. Vernachlässigte Kinder erleben die materielle und soziale Notlage der Familie durch mangelnde Versorgung und Pflege, fehlende Gesundheitsvorsorge, unbehandelte Krankheiten, fehlende Anregung und Förderung. Die Eltern sind erschöpft, resigniert und sind mit der Organisation von ihrem Leben überfordert. Schuldgefühle und Angst hindern sie daran, keine Unterstützung anzunehmen. Je jünger die Kinder sind, desto gefährdeter ist ihre Entwicklung. Die Säuglinge und Kleinkinder haben nicht die Möglichkeit, sich diesen Umständen zu entziehen und haben keine eigenen Ressourcen zur Bewältigung zur Verfügung. (S. 53) Anhand einer Literaturanalyse kommt Margaret Oates (1997) zur Erkenntnis, dass etwa ein Drittel aller Frauen, die ihr Kind töten, schwer psychisch krank ist. Depression, Angststörungen, Persönlichkeitsstörungen und Selbstverletzungen sind vorwiegende Diag-

nosen von misshandelnden Müttern. Die Väter sind häufig dissozial. Am meisten gefährdet Misshandlungen zu erleben sind Kinder von persönlichkeitsgestörten Eltern. (zit. in Deneke, 2005, S. 142)

2.4.7 Psychosoziale Situation der Familie

Mattejat und Remschmidt (2008) beschreiben, dass psychosoziale Belastungen in Familien mit psychisch kranken Eltern übermässig vorkommen und das Erkrankungsrisiko für Kinder erhöhen. Sie gehen davon aus, dass die psychische Erkrankung der Eltern ein Kernmerkmal darstellt, welches das Entwicklungsumfeld des Kindes beeinträchtigt und mit vielen anderen psychosozialen Belastungsfaktoren korreliert. (S. 415) Gemäss Plass und Wiegand-Grefe (2012) stellen sozioökonomische Aspekte wie Armut, Arbeitslosigkeit und unzureichende Wohnverhältnisse, soziokulturelle Aspekte wie soziale Randständigkeit und kulturelle Diskriminierung sowie ein niedriger Ausbildungsstand Risikofaktoren dar. Diese können zu einem fehlenden sozialen Unterstützungssystem der Familie und einer geringen realen emotionalen Verfügbarkeit von Bezugspersonen ausserhalb der Familie sowie Misshandlungen und Vernachlässigungen führen. Diese psychosozialen Belastungen wirken sich auf das Familienleben und die Entwicklung des Kindes aus. (S. 44-45)

2.5 Fazit und Beantwortung der Frage B

Das zweite Kapitel beantwortet die Frage B, in welchen Lebenssituationen sich Kinder mit psychisch kranken Eltern befinden, welche Risikofaktoren daraus entstehen können und welche Verbindungen zu den Entwicklungsaufgaben des Kindes und der Erziehungskompetenz der Eltern bestehen.

Aufgrund der erwähnten Zahlen über die Betroffenheit lässt sich belegen, dass Kinder mit psychisch kranken Eltern keine Seltenheit darstellen und deshalb von der Fachwelt besondere Aufmerksamkeit verdienen (vgl. Kapitel 2.1).

Die Entwicklungsaufgaben des Kindes (vgl. Kapitel 2.2.1) zeigen deutlich, dass jedes Kind je nach Alter unterschiedliche Anforderungen zu bewältigen hat. Die Qualität der Bewältigung von Entwicklungsaufgaben wird durch die elterliche Erziehungskompetenz geprägt. Daraus lässt sich ableiten, dass das Kind auf Eltern mit ausreichender Erziehungskompetenz angewiesen ist um sich adäquat entwickeln zu können. Das umfasst, dass Eltern fähig sind eine fürsorgliche und empathische Beziehung zu führen, in welcher Interaktion und Kommunikation stattfindet, die Eltern den Kindern Grenzen setzen können, sich selber vorbildlich verhalten, das Kind fördern und in der Lage sind den Alltag zu meistern. (vgl. Kapitel 2.2.2) Bei Eltern mit einer psychischen Erkrankung kann diese Kompetenz eingeschränkt oder unzu-

reichend sein (vgl. Kapitel 2.3.1). Je nach Art, Schweregrad und Chronizität (vgl. Kapitel 2.4.3) wirkt sich die Erkrankung unterschiedlich auf die Erziehungskompetenz aus. Dies kann sich belastend auf die Lebenssituation und den Entwicklungsverlauf des betroffenen Kindes auswirken. Wenn keine adäquate Erziehung gewährleistet werden kann, können beim Kind Verhaltensauffälligkeiten und Entwicklungsstörungen entstehen. Dies kann für die betroffenen Eltern eine zusätzliche Belastung darstellen und sich wiederum negativ auf ihren psychischen Gesundheitszustand auswirken. Es wird ersichtlich, dass eine elterliche psychische Erkrankung in einen Teufelskreis führen kann, indem sich die psychische Krankheit auf die Erziehungskompetenz auswirkt, welche wiederum das kindliche Verhalten beeinflusst, wodurch Verhaltensauffälligkeiten beim Kind entstehen können, welche zusätzlich die psychische Störung der Eltern beeinträchtigen kann. Aufgrund ihrer Erkrankung sind die Eltern nicht oder nur eingeschränkt in der Lage, die Bewältigung der Entwicklungsaufgaben ihrer Kinder durch eine günstige Erziehungskompetenz zu unterstützen.

Es zeigt sich, dass eine psychische Erkrankung der Eltern die Lebenssituation des Kindes unmittelbar beeinflussen kann. Dabei ist der Alltag von betroffenen Familien durch spezifische Schwierigkeiten geprägt. Die Parentifizierung (vgl. Kapitel 2.3.1) wird in der Literatur als Rollenumkehr beschrieben und kann zu Überforderung und Entwicklungshindernissen für die Kinder führen. Mangelnde Kommunikation über die Krankheit (vgl. Kapitel 2.3.2) kann Ängste, Verzweiflung und die Tabuisierung begünstigen. Lebt die Familie aufgrund der Erkrankung isoliert (vgl. Kapitel 2.3.3), fehlt dem betroffenen Kind eine Ansprechperson um seine Gefühle und Gedanken mitzuteilen. Dies wirkt sich auch auf die kindlichen Emotionen (vgl. Kapitel 2.3.4) aus. Das Kind erlebt Emotionen der Ohnmacht, Hoffnungslosigkeit und Schuld, welche sich wiederum auf der kindlichen Verhaltensebene äussern können.

Die Beschreibung der Lebenssituation zeigt auf, dass in betroffenen Familien Risikofaktoren (vgl. Kapitel 2.4) vorhanden sein können, welche den Entwicklungsverlauf des Kindes gefährden. Die genetisch bedingte Vulnerabilität spielt eine wichtige Rolle, welche sich je nach Umweltbedingungen unterschiedlich entwickeln kann (vgl. Kapitel 2.4.1). Hinzu kommt, dass je nach Alter und Geschlecht des Kindes sowie der Symptomatik der elterlichen Erkrankung unterschiedliche Risikofaktoren entstehen können (vgl. Kapitel 2.4.2, 2.4.3).

Werden die Grundbedürfnisse des Kindes unzureichend befriedigt, kann dies zur Vernachlässigung (vgl. Kapitel 2.4.7) und Bindungs- und Beziehungsstörungen (vgl. Kapitel 2.4.4) führen, wodurch die Entwicklung des Kindes erheblich gefährdet ist. Hinzu kommt, dass sich betroffene Familien häufig in psychosozialen Belastungssituationen befinden, welche sich zusätzlich ungünstig auf den Entwicklungsverlauf des Kindes auswirken können.

Gesamthaft betrachtet kann davon ausgegangen werden, dass bei erkrankten Eltern die Erziehungskompetenz eingeschränkt ist und sich betroffene Kinder in einer Gefährdungssituation befinden. Dennoch stellt sich an dieser Stelle die Frage, weshalb es betroffenen Kindern auch gelingen kann, dass sie ihre Entwicklungsaufgaben bewältigen und sich gesund entwickeln, obwohl eine elterliche psychische Erkrankung vorhanden ist. Die Risikoforschung zeigt auf, dass bei der Krankheitsvererbung sowohl den genetischen Faktoren als auch den vorhandenen Umweltbedingungen eine bedeutende Rolle zukommt. Das genetische Risiko ist eine unveränderbare Gegebenheit für die betroffenen Kinder. Jedoch kann aufgrund der Tatsache, dass nicht alle Kinder mit psychisch kranken Eltern selbst erkranken, davon ausgegangen werden, dass nicht die Krankheit als solches vererbt wird, sondern ausschliesslich die Verletzlichkeit für eine psychische Erkrankung. Unter diesen Voraussetzungen ist es angezeigt, anhand der Resilienz (siehe Kapitel 3) zu erklären, weshalb sich Kinder trotz ihrer genetischen Ausstattung, ihrer belastenden Lebenssituation und den vorhandenen Risikofaktoren angemessen entwickeln können.

3. Resilienz von Kindern mit psychisch kranken Eltern

Das Erkrankungsrisiko bei Kindern mit psychisch kranken Eltern zeigt auf, dass rund 40% der Kinder während dem Verlauf ihres Lebens keine psychische Auffälligkeit oder Störung entwickeln (vgl. Kapitel 2.4.1). Diese Kinder entwickeln keine Verhaltensauffälligkeiten oder Störungen, obwohl eine genetisch bedingte Vulnerabilität vorhanden sein kann, die Kinder in einer belasteten Lebenssituation aufwachsen und dementsprechend mit Risikofaktoren konfrontiert sein können. Dieses Kapitel nimmt die gegenteilige Perspektive der belastenden Lebenssituation (vgl. Kapitel 2.3) und den möglichen Risikofaktoren der betroffenen Kinder (vgl. Kapitel 2.4) ein. Nach der Begriffsdefinition der Resilienz wird auf die verschiedenen möglichen Schutzfaktoren für eine gesunde Entwicklung des Kindes hingewiesen.

3.1 Begriffsdefinition Resilienz

Michael Rutter (2006) definiert Resilienz als ein interaktives Konzept, welches die persönliche Widerstandsfähigkeit gegenüber riskanten Umgebungsbedingungen erfasst und durch Schutzfaktoren ermöglicht, dass belastende Erfahrungen überwunden werden können (zit. in Plass und Wiegand-Grefe 2012, S. 71). In diesem Sinn fügt Margherita Zander (2009) hinzu, dass resiliente Menschen trotz biologischer, psychischer und sozialer Entwicklungsrisiken eine gesunde Anpassungsfähigkeit an widrige Lebensumstände aufweisen und ihre Risiken ohne psychischen Schaden zu erleiden oder abweichendes Verhalten zu entwickeln bewältigen (zit. in Plass und Wiegand-Grefe 2012, S. 71). Lenz und Juliane Kuhn (2011) betonen, dass Resilienz weder die Abwesenheit von psychischen Störungen, noch eine individuelle, zeitlich stabile und situationsübergreifende Charaktereigenschaft ist. Vielmehr ist es die Fähigkeit, alterstypische Entwicklungsaufgaben trotz widriger Umstände mit vorhandenen Handlungsstrategien zu bewältigen. Je nach Zeitpunkt und Kontext können Menschen gegenüber gewissen Belastungen resilienter oder vulnerabler reagieren. (S. 274) Resilienten Kindern gelingt gemäss Meinolf Noeker und Petermann (2008) eine funktionale Anpassung an widrige, häufig traumatische Umweltbedingungen. Diese Anpassung ermöglicht eine langfristige und psychisch gesund verlaufende Entwicklung. (S. 255)

3.2 Schutzfaktoren

Rutter (2006) beschreibt, dass der Begriff Schutzfaktoren nur in Zusammenhang mit der Abwendung oder Milderung von krankheitserregenden Auswirkungen bei vorhandenen Risikofaktoren zu verwenden ist (zit. in Noeker & Petermann, 2008, S. 256). Demnach sind Schutzfaktoren ausschliesslich bei einer Gefährdungssituation wirksam und mildern oder

verhindern die Entstehung einer psychischen Krankheit. Auch Lenz und Kuhn (2011) betonen, dass Schutzfaktoren nicht als Gegenteil von Risikofaktoren bezeichnet werden können, sondern dass das Zusammenspiel von Schutz- und Risikofaktoren ein integrierter und komplexer Prozess darstellt. Sie unterscheiden kindzentrierte, familienzentrierte und soziale Schutzfaktoren. (S. 273)

3.2.1 Kindzentrierte Schutzfaktoren

Die nachfolgend dargestellten Schutzfaktoren beziehen sich auf das Kind und können in Merkmale und Kompetenzen aufgeteilt werden.

Temperamentsmerkmale

Charakteristische Verhaltensmuster, welche das Kind mit bestimmten angeborenen Dispositionen in Interaktion mit seiner Umwelt entwickelt, werden als Temperament benannt. Gemäss Carl Schwartz, Nancy Snidman und Jerome Kagan (1996) stellte die Resilienzforschung fest, dass resiliente Kinder über ein einfaches Temperament verfügen, welches die Interaktion mit Bezugspersonen vereinfacht und die Wahrscheinlichkeit von Eskalationen verkleinert. Ein einfaches Temperament umfasst einen regelmässigen Schlaf-Wach-Rhythmus, geringe Irritierbarkeit, Anpassungstendenzen gegenüber neuen Situationen und Menschen, Anpassungsvermögen an Veränderungen und eine vorwiegend positive Stimmungslage. Kinder mit einem schwierigen Temperament sind eher mit elterlicher Kritik, Reizbarkeit und Feindseligkeiten konfrontiert, was die Wahrscheinlichkeit erhöht, eine psychische Krankheit zu entwickeln. (zit. in Lenz & Kuhn, 2011, S. 279)

Soziale Kompetenzen

Emmy Werner (1999) stellt fest, dass resiliente Kinder mehr Empathie, bessere kommunikative Fähigkeiten und effektivere Problemlösefähigkeiten aufweisen (zit. in Lenz & Kuhn, 2011, S. 280). Suniya Luther (1993) findet heraus, dass psychisch widerstandsfähige Kinder eine stärkere soziale Ausdrucksfähigkeit besitzen, eigene Gefühle und soziale Signale differenziert wahrnehmen und verbalisieren sowie ihr Handeln situativ anpassen (vgl. Kapitel 2.2.1) (zit. in Lenz & Kuhn, 2011, S. 280). Norman Garmezy (1987) fasst zusammen, dass resiliente Kinder humorvoller sind und eine realistischere Einschätzung von sozialen Zusammenhängen sowie zwischenmenschlichen Beziehungen aufweisen und als besonders charmante Lieblingskinder der Familie gelten (zit. in Lenz & Kuhn, 2011, S. 280).

Kognitive Kompetenzen

Gemäss Lösel und Bender (1998) zeigt sich, dass Intelligenz einerseits ein Schutzfaktor sein kann, welcher den intelligenten Kindern ermöglicht etwas zu planen oder negative Folgen wahrzunehmen, aggressionslose Verhaltensalternativen zu entwickeln und Konflikte verbal

zu lösen (vgl. Kapitel 2.2.1). Andererseits nehmen intelligentere Menschen ihre Umwelt differenzierter wahr und reagieren möglicherweise sensibler auf Stress. Das kann zu einem internalisierenden Problemverhalten führen. (zit. in Lenz & Kuhn, 2011, S. 280) Aus diesem Grund stellt Intelligenz nicht per se ein Schutzfaktor dar. Gemäss Rutter (1990) können positive Schulleistungen eine Quelle für die Selbstbestätigung sein und unterstützend wirken bei der Verarbeitung von negativen Erfahrungen in der Familie (zit. in Lenz & Kuhn, 2011, S. 280).

Positive Selbstkonzepte

Gemäss Luther (1993) verfügen resiliente Kinder über eine ausgeprägte interne Kontrollüberzeugung. Diese Überzeugung beinhaltet, dass die Person sich selbst in der Lage fühlt, Einfluss auf Ereignisse ausüben zu können. Hingegen begünstigen rigide Kontrollüberzeugungen die Vulnerabilität für emotionale Probleme. (zit. in Lenz & Kuhn, 2011, S. 280) Wenn zu den ausgeprägten Kontrollüberzeugungen eine positive Zukunftsvorstellung hinzukommt und eine positive Beziehung zu Bezugspersonen besteht, kann gemäss Bender und Lösel (1998) unabhängig von Belastungsfaktoren eine positive Entwicklung vorhergesagt werden (zit. in Lenz & Kuhn, 2011, S. 280). Lösel, Petra Kolip und Bender (1992) schreiben dem Selbstwertgefühl und den Überzeugungen zur Selbstwirksamkeit eine grosse Bedeutung bei der Bewältigung von belastenden Lebensereignissen zu (zit. in Lenz & Kuhn, 2011, S. 281). In Anlehnung an Albert Bandura (1986) umfasst das Selbstwertgefühl die Summe der affektiven Urteile des Menschen über sich selbst. Selbstwirksamkeit beschreibt Bandura als die Erwartung der Person, die vorhandene Situation aufgrund von vorhandenen Fähigkeiten und Verhalten angehen zu können und den gewünschten Zustand zu erreichen. Er schliesst daraus, dass durch das Erleben von Selbstwert und Selbstwirksamkeit Anpassungsversuche unternommen werden, welche bei Gefühlen der Hilflosigkeit nicht getätigt werden. (zit. in Lenz & Kuhn, 2011, S. 281)

Kohärenzgefühl

Ein weiterer genereller Schutzfaktor, welcher auch für die Kinder relevant ist, bezieht sich auf das Kohärenzgefühl. Dieses fasst Anton Antonovsky (1997) als zentrale Kraft zusammen, welche die menschlichen Ressourcen integriert und zu einer erfolgreichen Bewältigung von Spannungen und Stressoren führt. Durch die drei Komponenten Gefühl von Verstehbarkeit, Gefühl von Handhabbarkeit und Gefühl von Sinnhaftigkeit kann der Mensch flexibel auf Anforderungen reagieren und adäquate Ressourcen aktivieren. (zit. in Lenz & Kuhn, 2011, S. 281).

3.2.2 Familienzentrierte Schutzfaktoren

Nachfolgende Schutzfaktoren beschriebene beziehen sich auf die Familie.

Emotionale Bindung an Bezugspersonen

Lenz und Kuhn (2011) betonen, dass adäquates Fürsorgeverhalten durch nahe Bezugspersonen die Basis für eine stabile und emotional sichere Bindung bildet. Diese warme, dauerhafte und stützende Beziehung kann auch von Grosseltern, älteren Geschwistern oder einer aussenstehenden Person übernommen werden. Studien zeigen, dass sicher gebundene Kinder kompetente Bewältigungsstrategien entwickeln, über höhere Ich-Flexibilität und realistischere Vorstellungen von ihren Fähigkeiten und Möglichkeiten verfügen sowie situativ fähig sind, ihre Impulse, Bedürfnisse und Emotionen zu kontrollieren und flexibel anzupassen. Demgegenüber zeigen unsicher gebundene Kinder weniger Ich-Flexibilität, ein negatives Selbstkonzept, mehr Hilflosigkeit, Ängstlichkeit und Feindseligkeit. In emotionalen Belastungssituationen wird gegenseitige Unterstützung als weniger wichtig erachtet, wodurch die Nutzung von sozialer Hilfe verhindert wird. (S. 282)

Merkmale des Erziehungsklimas

Familien mit resilienten Kindern verfügen über ein emotionales und herzliches Klima. Diane Baumrind (1989) geht davon aus, dass eine emotional positive, zugewandte und akzeptierende sowie normorientierte, angemessen fordernde und kontrollierende Erziehung die Basis für eine gesunde Entwicklung von Kindern bildet (zit. in Lenz & Kuhn, 2011, S. 282). Lenz und Kuhn (2011) betonen, dass sich die klare Einhaltung der Elternrolle resilienzfördernd auswirkt, indem die Kinder als gleichberechtigte Partner betrachtet werden und ihnen zugleich deutlich gemacht wird, wann sie nicht gleichberechtigt mitentscheiden können. (S. 282) Dies steht im Gegensatz zur Parentifizierung, welche in betroffenen Familien häufig stattfindet (vgl. Kapitel 2.3.1).

Paarbeziehung der Eltern

Die Qualität der Paarbeziehung ist abhängig von den Fähigkeiten des Paares zu kommunizieren, Konflikte zu lösen und Probleme anzugehen. Diese Faktoren wirken sich auf die Eltern-Kind-Beziehung und die Persönlichkeitsentwicklung des Kindes aus. In Familien, in welchen eine Unzufriedenheit herrscht und die Generationsgrenzen verletzt werden indem die Kinder als Verbündete in Paarkonflikte einbezogen werden, erhöht sich das Entwicklungsrisiko für die Kinder. (Lenz & Kuhn, 2011, S. 283)

Familienstrukturen

David Olson, Yoav Lavee und Hamilton McCubbin (1988) entwickelten ein fundiertes Prozessmodell, welches günstige Muster von Familienbeziehungen und -strukturen erfasst und

beschreibt. Das Modell zeigt auf, dass sowohl Stabilität als auch Veränderungen für die Lebensfähigkeit des Familiensystems von zentraler Bedeutung sind. Als relevanter Faktor wird ein positiver Kommunikationsstil beschrieben, welcher klare und kongruente Botschaften, Empathie, unterstützende Aussagen und effiziente Problemlösungsmöglichkeiten beinhaltet. (zit. in Lenz & Kuhn, 2011, S. 284) In Familien mit psychisch kranken Eltern ist dieser Kommunikationsstil oftmals nicht oder nur eingeschränkt vorhanden (vgl. Kapitel 2.3.2).

3.2.3 Soziale Schutzfaktoren

Gemäss Lenz und Kuhn (2011) ist die Verfügbarkeit und Mobilisierbarkeit von sozialer Unterstützung durch Familienangehörige, Lehrpersonen sowie dem Freundeskreis ein resilienzfördernder Faktor. In Belastungssituationen wirken sie als Entlastung und bieten Schutz gegenüber Herausforderungen und Stressoren. Die soziale Integration einer Person fördert das Gefühl der Zugehörigkeit, Geborgenheit und sozialer Verortung. Diese Ausgangslage ermöglicht dem Individuum sich zurechtzufinden und seinem Leben einen Sinn zu geben. Kinder erleben die soziale Unterstützung anfänglich in der Familie und mit zunehmendem Alter durch Bekannte und Gleichaltrige. Die Gleichaltrigen übernehmen eine wichtige Funktion, indem die Kinder mit ihresgleichen interagieren und soziale Fertigkeiten auf einer gleichberechtigten Ebene erwerben (vgl. Kapitel 2.2.1). Im Jugendalter bietet das Beziehungsnetz für Jugendliche einen Rahmen um Grenzen zu testen und gemeinsame Gespräche über familiäre Probleme zu führen. (S. 284-285) Dieser Schutzfaktor ist in betroffenen Familien aufgrund der Isolierung (vgl. Kapitel 2.3.3) kaum oder nicht verfügbar. Gemäss Ulrike Ravens-Sieberer, Nora Wille, Susanne Bettge und Michael Erhart (2007) zeigen Studien, dass familiäre Schutzfaktoren die Wahrscheinlichkeit für psychische Störungen erheblich verringern. Ein positives Familienklima und ein tragfähiger familiärer Zusammenhalt beeinflussen das Wohlbefinden und die Lebensqualität der Kinder, welches zur Förderung der Resilienz beiträgt. (zit. in Lenz & Kuhn, 2011, S. 286)

3.2.4 Spezifische Schutzfaktoren bei betroffenen Kindern

Die Resilienzforschung beschäftigt sich unter anderem mit der Frage, ob neben den allgemeinen Schutzfaktoren auch spezifische Schutzfaktoren vorhanden sind, welche sich auf ein konkretes Problemfeld beziehen. Laut Lenz und Kuhn (2011) liegen bezüglich den spezifischen Schutzfaktoren bei Kindern mit psychisch kranken Eltern keine empirischen Studien vor. Bezogen auf die personalen Schutzfaktoren gehen sie davon aus, dass sich Kinder mit psychisch kranken Eltern gesund entwickeln, wenn sie entwicklungsadäquate Informationen über die elterliche Erkrankung vermittelt erhalten. Eine Informationsvermittlung, welche an den Bedürfnissen der Kinder ansetzt, sich auf ihre Vorstellungen bezieht und ihre konkrete Familiensituation berücksichtigt fördert das Selbstwertgefühl, die Problemlösekompetenz und

erhöht die Selbstwirksamkeit. (Lenz & Kuhn, 2011, S. 287) Auch Christian Wüthrich, Mattejat und Remschmidt (1977) stellen fest, dass Kinder über gute Entwicklungsmöglichkeiten verfügen, wenn eine ausreichende Beziehungsqualität und die angemessene Krankheitsbewältigung vorhanden sind. Die Beziehungsqualität umfasst, dass sich der erkrankte Elternteil und das betroffene Kind auf eine tragfähige und Sicherheit vermittelnde Beziehung stützen können, welche das emotionale, kognitive und praktische Handeln unterstützen und sowohl Bindung als auch Eigenständigkeit zulassen (vgl. Kapitel 2.2.2). Dies bezieht sich auf Beziehungen zwischen dem gesunden und dem erkranktem Elternteil mit dem Kind, die eheliche Beziehung und die Beziehung zu aussenstehenden Bezugspersonen. Eine sinnvolle und adäquate Krankheitsbewältigung in der Familie zeichnet sich durch einen aktiven und offenen Umgang mit der Krankheit in der Familie und eine alters- und entwicklungsadäquate Aufklärung der Kinder aus. Es umfasst die Einstellung zur Erkrankung und die praktizierten Bewältigungsformen, flexible Arbeits- und Aufgabenteilung, Nutzung von informellen Hilfsmöglichkeiten im sozialen Netzwerk und die Kooperation mit psychiatrischen und psychotherapeutischen Fachstellen. (zit. in Lenz & Kuhn, 2011, S. 288) Auch Plass und Wiegand-Grefe (2012) bezeichnen eine adäquate individuelle und familiäre Krankheitsbewältigung sowie inner- und ausserfamiliäre Beziehungen als bedeutende Schutzfaktoren. Sie fügen gute Mutter-Kind-Beziehung, Familienzusammenhalt, die Verfügbarkeit eines gesunden Elternteils und ein gutes soziales Netz und externe Unterstützungssysteme als weitere Schutzfaktoren hinzu. (S. 78, 80)

3.3 Fazit und Beantwortung der Frage C

Dieses Kapitel beantwortet die Frage C, weshalb Kinder mit psychisch kranken Eltern in der Lage sind, sich trotz ihrer genetisch bedingten Vulnerabilität und den vorhandenen Risikofaktoren gesund zu entwickeln. Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass eine psychische Erkrankung der Eltern für die Entwicklung des Kindes (vgl. Kapitel 2.2.2) eine Gefährdungssituation darstellt (vgl. Kapitel 2.4). Dennoch gelingt es resilienten Kindern trotz der genetisch bedingten Vulnerabilität (vgl. Kapitel 2.4.1) und den vorhandenen riskanten Umweltbedingungen (vgl. Kapitel 2.4.2) sich gesund entwickeln zu können. Diese Kinder verfügen über eine persönliche Widerstandsfähigkeit gegenüber der Gefährdungssituation. Es ist ersichtlich, dass die Bewältigung von Entwicklungsaufgaben (vgl. Kapitel 2.2.1) und das Vorhandensein von einer unterstützenden Erziehungskompetenz (vgl. Kapitel 2.2.2) die Resilienz von betroffenen Kindern begünstigen. Die Resilienz wird durch Schutzfaktoren auf der Ebene des Kindes, der Familie und der sozialen Umgebung geprägt (vgl. Kapitel 3.2). Somit ist das Gesamtsystem, in welchem sich das Kind befindet von grosser Bedeutung. Insbesondere bei betroffenen Kindern nehmen die Schutzfaktoren aus der Umwelt eine wichtige Rolle ein (vgl. Kapitel 3.2.3). Es zeigt sich, dass für betroffene Kinder qualitative Beziehungen und die

familiäre Krankheitsbewältigung zwei zentrale Schutzfaktoren sind. Das Vorhandensein dieser beiden Faktoren unterstützt die gesunde Kindsentwicklung bei betroffenen Kindern. (vgl. Kapitel 3.2.4) Der Erklärungsansatz der Resilienz zeigt auf, dass die Entwicklung von Kindern mit psychisch kranken Eltern durch Faktoren, welche ausserhalb der Person liegen, unterstützt werden kann. Daraus lässt sich ableiten, dass eine elterliche psychische Erkrankung nicht unmittelbar zu einer Gefährdung der Kindsentwicklung führen muss, wenn ausreichende Schutzfaktoren vorhanden sind. Da es dennoch Kinder gibt, welche aufgrund der elterlichen Erkrankung in ihrer Entwicklung gefährdet sind, erklärt das nächste Kapitel anhand eines systemischen Ansatzes, welche Zusammenhänge zwischen der Entwicklung des Kindes und der elterlichen Erkrankung bestehen.

4. Entwicklung von Kindern mit psychisch kranken Eltern aus Sicht der ökologischen Entwicklungstheorie nach Bronfenbrenner

Anhand der ökologischen Entwicklungstheorie nach Urie Bronfenbrenner wird im folgenden Kapitel erklärt, warum sich eine psychische Erkrankung der Eltern auf die Entwicklung des Kindes auswirken kann. Die ökologische Entwicklungstheorie bietet sich zur Beantwortung dieser Fragestellung an, da die individuelle Situation der betroffenen Kinder je nach Entwicklungsstand sowie je nach familiärer Lebenssituation eine komplexe Problemlage darstellt. Das Kind ist in seiner Entwicklung abhängig von der Erziehungskompetenz der Eltern. Diese Kompetenz kann durch die psychische Erkrankung der Eltern eingeschränkt sein (vgl. Kapitel 2.4.5). Die Sozialarbeit im zivilrechtlichen Kinderschuttkontext hat jedoch nicht den Auftrag, die elterliche Erkrankung zu behandeln, sondern das Kindeswohl sicherzustellen (siehe Kapitel 5.1). Die ökologische Entwicklungstheorie kann der Sozialarbeit aufzeigen, auf welcher Systemebene des Kindes Interventionen notwendig und für die Entwicklung des Kindes unterstützend sind. Die Theorie beantwortet, ob die eingeschränkte Erziehungskompetenz der Eltern durch das erweiterte Umfeld der Kinder kompensiert werden kann. Zusätzlich wird die Entwicklungstheorie dem in der Sozialarbeit angewandten systemischen Ansatz gerecht. Sie bildet damit eine gute Grundlage zur Interventionsplanung im Kinderschuttkontext, denn die Interventionen wirken sich auf das Kind und seine gesamte Umwelt aus. Die ökologische Entwicklungstheorie ermöglicht nach der Erläuterung der konkreten Lebenssituation und Risikofaktoren bei betroffenen Kindern (vgl. Kapitel 2.3, 2.4) eine übergeordnete Sichtweise auf der Metaebene über gegenseitige Abhängigkeiten und Beeinflussungen in betroffenen Familien und deren Umwelt. Nach der Einführung der Grundlagen über die ökologische Entwicklungstheorie werden in den folgenden Unterkapiteln die Systemebenen der Theorie einzeln eingeführt. Im entsprechenden Unterkapitel werden die direkten Zusammenhänge zwischen der jeweiligen Systemebene und der Lebenssituation sowie den Risikofaktoren der betroffenen Kinder erläutert.

Grundlagen der ökologischen Entwicklungstheorie nach Bronfenbrenner

Gemäss August Flammer (2009) basiert die ökologische Entwicklungstheorie auf der Annahme, dass fortlaufend eine gegenseitige Anpassung zwischen dem sich entwickelnden Menschen und den veränderlichen Eigenschaften seiner direkten Lebensbereiche stattfindet (S. 248). Bronfenbrenner stellt nicht das Individuum, sondern den Einfluss der Umweltbedingungen auf das Individuum in den Fokus. Bronfenbrenner (1979/1981) beschreibt Entwicklung als Erweiterung der kindlichen Vorstellung vom Lebensbereich der Familie als erstes

Mikrosystem zu den weiteren Ebenen der Meso-, Exo- und Makrosysteme (siehe Abbildung 2). Das Kind lernt, seine Phantasien und Vorstellungen der objektiven Realität, den verschiedenen Systemebenen und den eigenen Bedürfnissen anzupassen. (S. 24-27)

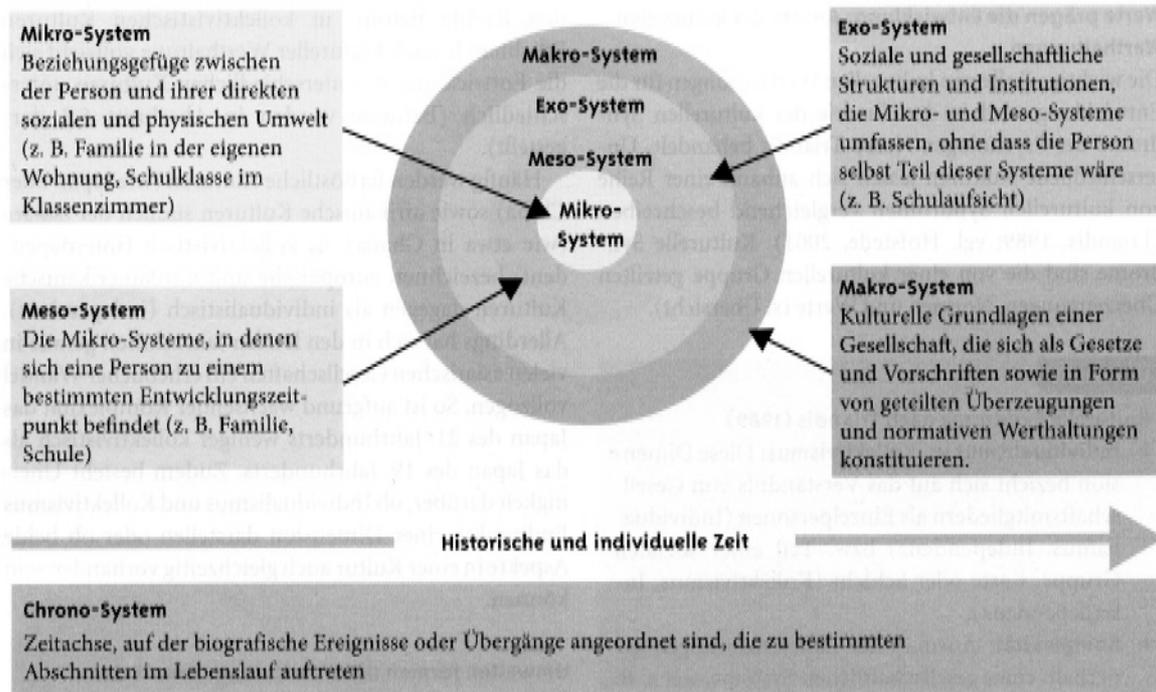


Abbildung 2: Vier Ebenen der ökologischen Systeme nach Bronfenbrenner (Bronfenbrenner & Pamela Morris, 1998, zit. in Clemens Tesch-Römer & Isabelle Albert, 2012, S. 144)

4.1 Lebensbereich und Entwicklungsraum des Kindes - Mikrosystem

Nachfolgend wird im ersten Unterkapitel das Mikrosystem der ökologischen Entwicklungstheorie theoretisch eingeführt. Im zweiten Unterkapitel wird der Einfluss der Lebenssituation (vgl. Kapitel 2.3) und der Risikofaktoren (vgl. Kapitel 2.4) auf das Mikrosystem von betroffenen Kindern erklärt.

4.1.1 Theoretische Einführung ins Mikrosystem

Bronfenbrenner (1979/1981) bezeichnet die Familie oder das Klassenzimmer als unmittelbaren Lebensbereich eines Kindes. Das Mikrosystem ist die Gesamtheit aller Tätigkeiten, Beziehungen und Rollen, welche das Kind in diesem Lebensbereich subjektiv erlebt. (S. 19, 38). Flammer (2009) führt weiter aus, dass ein Kind verschiedene Lebensbereiche hat, in welchen es sich wiederholt befindet (S. 251). Nachfolgend werden die drei grundlegenden Elemente des Mikrosystems molare Tätigkeit, Beziehung und Rolle erläutert.

Molare Tätigkeit

Bronfenbrenner (1979/1981) betont die Wichtigkeit der molaren Tätigkeit. Beispiele dafür sind Telefongespräche oder einen Bauklotzturm bauen. Nicht zu dieser Art von Tätigkeiten gehören eine einzelne Frage oder ein Lächeln. Molare Tätigkeiten enthalten jeweils eine subjektive Zeit- und Zielorientierung. Diese stärken die Motivation, eine Tätigkeit auszuführen. Der Umwelteinfluss einer anderen Person wirkt durch die Tätigkeit am stärksten auf das Kind ein. Es wird unterschieden zwischen der Tätigkeit als kurzfristiges abgeschlossenes Verhalten und der molaren Tätigkeit als fortlaufenden Prozess. Die molare Tätigkeit beeinflusst die Entwicklung durch ihre Beständigkeit und die Aufnahme in das Bewusstsein des Kindes und der anderen Personen im selben Lebensbereich. Im Verlauf der Entwicklung lernt das Kind verschiedene molare Tätigkeiten gleichzeitig auszuführen. Durch die Verbindung von verschiedenen Lebensbereichen und erhöhter Komplexität der Tätigkeiten beeinflusst die Umwelt das psychische Wachstum des Kindes. Damit diese Entwicklung stattfinden kann, muss das Kind an den Tätigkeiten aktiv teilnehmen oder aufmerksam dabei sein. (S. 60-63) Bronfenbrenner verwendet den Begriff molar als Adjektiv, welches auf einen fortführenden Verlauf und eine Tätigkeit als Summe von abgeschlossenen Einzeltätigkeiten hinweist.

Beziehung

Gemäss Bronfenbrenner (1979/1981) ergeben sich Beziehungen durch die Aufmerksamkeit oder Beteiligung einer Person an der molaren Tätigkeit einer anderen Person. Eine Dyade ist die gegenseitige Beziehung während der Tätigkeit. Sie ist für die Entwicklung des Kindes entscheidend und bildet im Mikrosystem die Basis für zwischenmenschliche Strukturen mit mehr als zwei Personen. (S. 71) Es werden drei Dyaden unterschieden: die Beobachtungsdyade, die Dyade gemeinsamer Tätigkeit und die Primärdyade.

Nach Bronfenbrenner (1979/1981) besteht eine Beobachtungsdyade dann, wenn eine Person eine andere bei einer Tätigkeit aufmerksam beobachtet. Eine Beobachtungsdyade entwickelt sich zur nächsten Form, der Dyade gemeinsamer Tätigkeiten. Bei dieser nehmen sich beide Personen als tätig wahr. Das heisst nicht, dass sie dasselbe tun müssen, jedoch ergänzen sich die Tätigkeiten. Diese Dyade ist durch die wechselseitige Wirkung der Beteiligten wichtig für die kognitive Kindsentwicklung. Im fortschreitenden Alter erlernt das Kind dadurch immer komplexere Interaktionsmuster, welche es später alleine oder mit anderen Personen wieder aufnehmen kann. Ein weiterer Aspekt in dieser Dyade ist das Kräfteverhältnis. Dieses bezeichnet den Einfluss einer Person auf die Tätigkeit. Durch die Auseinandersetzung mit veränderbaren Kräfteverhältnissen entwickelt das Kind kognitive und soziale Fähigkeiten. Dabei ist die Bevorteilung der Einflussmöglichkeiten des Kindes entwicklungsfördernd, da das Kind auf diese Weise lernt, Situationen selbst steuern zu können. Ein weite-

rer Punkt in dieser Dyade sind gegenseitige Gefühle, welche sich durch aktive Interaktionen entwickeln. Die Gefühle können ambivalent, positiv, negativ oder ungleichseitig sein. Die Beziehung entwickelt sich im Verlauf der Zeit durch gemeinsame Tätigkeiten. Positive und gegenseitige Beziehungen fördern und beschleunigen Entwicklungsprozesse beim Kind. Zudem unterstützt sie die Bildung der Primärdyade. Eine solche zeichnet sich dadurch aus, dass zwei Personen auch eine Verbindung zueinander wahrnehmen, wenn sie nicht am selben Ort sind. Ein Kind kann von einer primärgebundenen Person mehr Fähigkeiten aufnehmen und verarbeiten als von einer Person, mit welcher es lediglich in einem Lebensbereich in Kontakt steht. (S. 71-74)

Rolle

Bronfenbrenner (1979/1981) bezieht die Rollenerwartungen auf die Stellung einer Person in der Gesellschaft. Durch diese Stellung entstehen Erwartungen an Tätigkeiten, Verhaltensweisen und Beziehungen. Rollen haben im Mikrosystem einen grossen Einfluss. Verschiedene im Lebensbereich bestehende Rollen sind anregend oder hemmend auf die Verhaltensanpassung durch eine konkrete Rollenerwartung. Durch Kontakte mit Personen mit verschiedenen Rollen und durch die Abwechslung eigener verschiedener Rollenvarianten wird die Entwicklung gefördert. (S. 97-98, 104, 115)

4.1.2 Entwicklung von betroffenen Kindern im Mikrosystem

Die theoretische Einführung des Mikrosystems zeigt auf, dass dieses System die Grundlage für die Entwicklung des Kindes und die Basis für die Erweiterung von Lebensbereichen bildet. Die folgenden Ausführungen zur konkreten Lebenssituation von Kindern mit psychisch kranken Eltern werden in die drei theoretisch bereits eingeführten Elemente des Mikrosystems molare Tätigkeit, Beziehung und Rolle aufgliedert.

Molare Tätigkeiten

Psychisch kranke Eltern weisen Einschränkungen in ihrer Erziehungskompetenz auf (vgl. Kapitel 2.4.5). Ihr Verhalten kann Auswirkungen auf die Tätigkeiten des Kindes im Lebensraum der Familie haben. Wenn das Kind durch die Einschränkungen der psychisch kranken Eltern in seinem Mikrosystem nur wenige Tätigkeitsbeispiele, keine Kontinuität und keine Zeit- oder Zielorientierung in den Tätigkeiten erfährt, hat es kaum Möglichkeit durch molare Tätigkeiten zu lernen. Zudem wird das Kind nur beschränkt darauf vorbereitet, notwendige Tätigkeiten in neuen Lebensbereich auszuführen.

Betroffene Kinder reagieren aus Unverständnis und einem Gefühl von Unkontrollierbarkeit heraus oft verängstigt, verwirrt und desorientiert (vgl. Kapitel 2.3.5). Diese Reaktionen kön-

nen dadurch entstehen, dass das Kind die durch die Krankheit beeinflusste elterliche Tätigkeit weder einer Ziel-, noch einer Zeitperspektive zuordnen kann.

Beziehungen und Bindungsaufbau

In betroffenen Familien findet oft keine Auseinandersetzung über die elterliche Erkrankung statt. Dies kann aufgrund von Rücksichtnahme, fehlender Krankheitseinsicht, Angst vor Stigmatisierung und Schuld- oder Schamgefühlen sein. (vgl. Kapitel 2.3.2) Ein Kommunikationsverbot und fehlendes Einfühlungsvermögen (vgl. Kapitel 2.4.5) erschweren die Bildung einer Primärdyade. Eine solche entsteht durch die Bildung und Weiterbildung von Beobachtungsdyaden und Dyaden gemeinsamer Tätigkeiten. In der Situation von betroffenen Kindern muss jedoch davon ausgegangen werden, dass psychisch kranke Eltern weder bei Beobachtungen vom Kind noch bei gemeinsamen Tätigkeiten nicht auf das Kind und dessen Bedürfnisse und Fragen eingehen. Dies einerseits darum, weil der Vater oder die Mutter zu sehr mit den eigenen Bedürfnissen beschäftigt oder krankheitsbedingt nur beschränkt aufmerksam ist. Andererseits deswegen, weil das Thema der Erkrankung und die daraus resultierenden Verhaltensweisen von den Eltern nicht kommuniziert werden.

Kleinkinder sind auf die Unterstützung ihrer Eltern angewiesen. Teilweise ist die Interaktion mit ihnen jedoch beeinträchtigt (vgl. Kapitel 2.4.2). Ein unangemessenes Interaktionsverhalten der psychisch kranken Eltern kann den Aufbau von Beziehungen jeglicher Art bei betroffenen Kindern beeinträchtigen. Im Kleinkindalter ist dies besonders prägend, weil das Kind zu diesem Zeitpunkt keine Möglichkeit hat, ausserhalb der Familie selbständig Beziehungen aufzubauen und zu erleben. Unangemessene Interaktionen der Eltern können zudem ein Missbrauch der ungleichen Kräfteverhältnisse sein. Bei Wiederholungen kann sich das Kind keine Fertigkeiten zur erfolgreichen Auseinandersetzung aneignen und gewinnt kein Selbstvertrauen, um Situationen selbst beeinflussen zu können.

Rolle und Parentifizierung

Der Alltag von betroffenen Familien gerät oft durcheinander und es kommt häufig zur Parentifizierung (vgl. Kapitel 2.3.1). Aus Sicht der ökologischen Entwicklungstheorie wird gefolgert, dass betroffene Kinder durch die Übernahme einer Elternrolle in ihrer Kinderrolle eingeschränkt sind. Das Kind kann sich in dieser Situation nicht altersgerecht entwickeln und nicht die entsprechenden Verhaltensweisen lernen, da es die Aufgaben der Elternrolle und nicht die der Kinderrolle bewältigen muss. Die Übernahme der starren Elternrolle im Sinne einer starken Parentifizierung ist hemmend für die Entwicklung von neuen Rollen in anderen erweiterten Lebensbereichen.

4.2 Erweiterung von Lebensbereichen - Mesosystem

Im folgenden Kapitel wird im ersten Teil das Mesosystem der ökologischen Entwicklungstheorie theoretisch eingeführt. Der Einfluss der beschriebenen Lebenssituation (vgl. Kapitel 2.3) und der Risikofaktoren (vgl. Kapitel 2.4) auf das Mesosystem der betroffenen Kinder wird im kommenden Unterkapitel erklärt.

4.2.1 Theoretische Einführung ins Mesosystem

Bronfenbrenner (1979/1981) beschreibt das Mesosystem mit der Gesamtheit aller Wechselbeziehungen der Lebensbereiche, in denen das Kind involviert ist. Beim Kind können diese Beziehungen zwischen Elternhaus und Schule sein. (S. 41, 200) Wechsel und Erweiterungen von Lebensbereichen werden ökologische Übergänge genannt. Flammer (2009) betont, dass das Stattfinden und ein positiver Verlauf von ökologischen Übergängen wesentlich ist für die Kindsentwicklung (S. 253-254). Bronfenbrenner (1979/1981) erläutert die optimalen Bedingungen mit der Begleitung des Kindes durch eine andere Person, mit welcher das Kind bereits in früheren Lebensbereichen in Beziehung stand. Eine weitere Bedingung ist, dass die Rollenanforderungen der vorhandenen und erweiterten Lebensbereiche verträglich sind. Bestehende und neue Rollen, Tätigkeiten und Dyaden des Kindes sollten veränderbar sein. Die Erweiterung der Lebensbereiche ist dann fördernd, wenn eine offene Kommunikation möglich ist. Eine Entwicklung kann soweit gefördert werden, wie das Kind und die beteiligten Personen der alten und neuen Lebensbereiche über Informationen und Erfahrungen verfügen. (S. 202, 207-208)

Gemäss Bronfenbrenner (1979/1981) beeinflusst neben den ökologischen Übergängen auch die Qualität der Wechselbeziehungen die Kindsentwicklung. Es bestehen vier Verbindungen als Beziehungsformen zwischen den Lebensbereichen. Eine ist die Verbindung durch direkte Beteiligung. Sie ist die gewöhnliche Beziehung zweier Lebensbereiche, in denen das Kind beteiligt ist. Weiter gibt es die Verbindung über eine Mittelsperson, bei welcher das Kind nicht in zwei Lebensbereichen beteiligt ist, jedoch eine Drittperson eine vermittelnde Verbindung herstellt. Die Verbindung durch Kommunikation zwischen den Lebensbereichen bezeichnet die Übermittlung von Informationen über Briefe oder Telefongespräche. Als letzte Art besteht die Verbindung via Kenntnisse über andere Lebensbereiche durch Bücher oder Erzählungen. Wechselt ein Kind alleine von einem in den anderen Lebensbereich, wird von Einzelverbindung gesprochen. Begleitet die Mutter das Kind in den neuen Lebensbereich besteht eine doppelte Verbindung. Indem das Kind bei doppelten Verbindungen einen Rückhalt im bereits bestehenden Lebensbereich hat, wird der Eintritt in neue Lebensbereiche unterstützt und gefördert. (S. 200-201)

4.2.2 Entwicklung von betroffenen Kindern im Mesosystem

Im Folgenden werden Bedingungen für die ökologischen Übergänge bei betroffenen Kindern und die optimalen Bedingungen nach Bronfenbrenner einander gegenübergestellt.

Die Problematik der Rollenübernahme zeichnet sich im Mesosystem bei der Erweiterung von Lebensbereichen als entwicklungshemmend ab, wenn die verschiedenen Rollen des Kindes nicht kompatibel sind. Dies kann vorkommen, wenn das Kind den Haushalt erledigen muss und ihm deshalb die Zeit fehlt, die Hausaufgaben zu erledigen oder mit Freunden und Freundinnen zu spielen. Diese Einschränkung der Lebensbereicherweiterung ist eine Erklärung, weshalb ausserfamiliäre Beziehungen und Aktivitäten für betroffene Kinder oft eine untergeordnete Rolle spielen (vgl. Kapitel 2.3.3). Gemäss den Entwicklungsaufgaben (vgl. Kapitel 2.2.1) ist ein solches Verhalten vor allem in den Altersstufen ab sieben Jahren hemmend für die Entwicklungsaufgaben des Schuleintritts und der Leistungsfähigkeit sowie für den Aufbau von Freundschaften. Im Jugendalter sind unter anderem die Ablösung von den Eltern und die Auseinandersetzung mit der Berufswahl Entwicklungsaufgaben, welche im Konflikt mit den familiären Rollen stehen können.

Psychisch kranke Mütter zeigen ihren Kindern gegenüber oft wenig emotionale Beteiligung und steuern ihr Verhalten durch die eigenen Bedürfnisse (vgl. Kapitel 2.4.5). Diese Verhaltensweisen können sich bei der Erweiterung von Lebensbereichen des Kindes negativ auswirken. So könnte beispielsweise die Situation entstehen, dass das Kind am ersten Schultag nicht begleitet wird. In diesem Fall besteht lediglich eine Einzelverbindung. Würde das Kind von einer Bezugsperson begleitet, bestünde eine doppelte Verbindung und das Kind könnte beim Eintritt in den neuen Lebensbereich unterstützt werden.

Psychisch kranke Eltern haben häufig keine Krankheitseinsicht (vgl. Kapitel 1.1). Zudem herrscht in vielen Familien ein Kommunikationsverbot über die Krankheit (vgl. Kapitel 2.3.2) und betroffene Kinder verfügen häufig nur über ein kleines soziales Umfeld (vgl. Kapitel 2.3.3). Nach dem ökologischen Entwicklungsmodell ist die Erweiterung von Lebensbereichen dann entwicklungsfördernd, wenn eine offene Kommunikation vorhanden ist. Das heisst, dass neue Lebensbereiche des Kindes wie zum Beispiel die Kinderkrippe oder Nachbarsfamilien über die psychische Erkrankung und dessen Folgen für die Familie informiert werden sollten. Dann können diese Personen auf das Verhalten des Kindes eingehen und adäquat damit umgehen. Wird die Krankheit in der Familie tabuisiert, haben die Kinder durch die fehlende Kommunikation zwischen den verschiedenen Lebensbereichen erschwerte Bedingungen, konstante und verlässliche Beziehungen ausserhalb der Familie aufzubauen. Die

fehlende Kommunikation zwischen den zwei Bereichen schränkt die Unterstützung für betroffene Kinder stark ein. Das Kind ist in jedem Lebensbereich auf sich allein gestellt.

Betroffene Kinder werden teilweise mit Klinikeinweisungen ihrer kranken Eltern belastet (vgl. Kapitel 2.3.5). Eine Möglichkeit zur Entlastung dieser Kinder ist die Unterbringung bei einer anderen konstanten Bezugsperson des Kindes. Diese kann in Krisen- und Stabilisierungssituationen vorübergehend auch die Erziehungsaufgaben (vgl. Kapitel 2.2.2) der psychisch kranken Eltern übernehmen. Aus der ökologischen Entwicklungstheorie lässt sich folgern, dass diese Bezugsperson immer dieselbe sein und zwischen ihr und dem Kind eine Primärdyade bestehen sollte. In diesem Fall kann das Kind die Unterbringung trotz der schwierigen Umstände positiver erleben. Für das Kind ist es zudem förderlich, die Beziehung zu dieser Bezugsperson durch gemeinsame Tätigkeiten aufzubauen. Ein Beziehungsaufbau zwischen den psychisch kranken Eltern und der Bezugsperson in Krisen im Sinn einer Verbindung durch Kommunikation von verschiedenen Lebensbereichen kann dem Kind den Beziehungsaufbau zur Bezugsperson erleichtern.

Betroffene Kinder haben oft ein Informationsdefizit über die elterliche Krankheit (vgl. Kapitel 2.3.2). Die Kinder können dieses Defizit offensichtlich nicht in ihrer Familie beheben. Durch das Kommunikationsverbot sind zudem die Wechselbeziehungen zwischen den weiteren Lebensbereichen des Kindes eingeschränkt. Aus diesem Grund muss sich das Kind die Fragen anhand von seinen Erlebnissen mit den betroffenen Eltern selbst beantworten.

4.3 Lebensbereich der Eltern - Exosystem

Nachfolgend wird im folgenden Unterkapitel das Exosystem der ökologischen Entwicklungstheorie kurz theoretisch eingeführt. Im zweiten Unterkapitel wird der Einfluss der beschriebenen Lebenssituation (vgl. Kapitel 2.3) und den Risikofaktoren (vgl. Kapitel 2.3) auf das Exosystem der betroffenen Kinder erklärt.

4.3.1 Theoretische Einführung ins Exosystem

Das Exosystem beinhaltet Lebensbereiche, in welchen das Kind nicht direkt beteiligt ist, jedoch von Ereignissen dieser Bereiche beeinflusst wird. Es findet eine Abfolge von Ursache-Wirkung in zwei Schritten statt. Der erste Schritt ist ein ausgelöster Prozess im Mikrosystem des Kindes durch die Einwirkung eines fremden Bereiches. Der zweite Schritt ist der Einfluss dieses Prozesses auf den Entwicklungsverlauf des Kindes. Die Abfolge kann auch in umgekehrter Reihenfolge ablaufen, dass das Kind in seinem Mikrosystem eine Veränderung bis in externe Lebensbereiche auslöst. (Bronfenbrenner, 1979/1981, S. 224-225)

4.3.2 Entwicklung von betroffenen Kindern im Exosystem

Familien mit psychisch kranken Eltern sind häufig von Mehrfachproblematiken betroffen (vgl. Kapitel 2.4.6). Die Schwierigkeiten der Eltern können auf die Entwicklung des Kindes einwirken. Eingeschränkte finanzielle Möglichkeiten können dem Kind zum Beispiel Freizeitaktivitäten verunmöglichen. Eine kleine Wohnung kann das Kind insofern beeinträchtigen, dass es keinen Raum hat um Schularbeiten zu erledigen oder kein persönlicher Rückzugsort vorhanden ist. Solche Situationen können auf das Kind einwirken, so dass es in anderen Lebensbereichen wie zum Beispiel Freundeskreis oder Schule sein Verhalten verändert.

Zu den krankheitsbezogenen Risikofaktoren von betroffenen Kindern gehört eine fehlende Krankheitseinsicht der psychisch kranken Eltern und seines Umfeldes (vgl. Kapitel 2.4.3). Diese Situation kann zur Folge haben, dass erkrankte Eltern die Psychiatrie als ihren Lebensbereich grundsätzlich oder in der akuten Krankheitsphase von der Familie als anderen Lebensbereich vollständig abgrenzen. Das Kind ist damit im Lebensbereich Psychiatrie des Vaters oder der Mutter nicht involviert. Durch dessen oder deren Abwesenheit bei Klinikaufenthalten wird es jedoch dennoch beeinflusst. Der Lebensbereich Psychiatrie wird zum Exosystem für das Kind. Es kann zudem sein, dass sich die psychisch kranke Mutter oder der psychisch kranke Vater aufgrund der fehlenden Krankheitseinsicht einer psychiatrischen Behandlung widersetzen. Wenn das der Fall ist, kann die durch die Krankheit negativ beeinflusste Erziehungskompetenz der Eltern (vgl. Kapitel 2.4.5) nicht durch das Exosystem des Kindes, dem Versorgungssystem Erwachsenenpsychiatrie, gestärkt werden.

4.4 Werte und Normen der Gesellschaft - Makrosystem

Das nachfolgende Unterkapitel führt das Makrosystem der ökologischen Entwicklungstheorie ein. Im zweiten Unterkapitel wird der Einfluss der beschriebenen Lebenssituation (vgl. Kapitel 2.3) und der Risikofaktoren (vgl. Kapitel 2.4) auf das Makrosystem der betroffenen Kinder erklärt.

4.4.1 Theoretische Einführung ins Makrosystem

Bronfenbrenner (1979/1981) erklärt den Begriff des Makrosystems mit Gleichartigkeiten, welche sich aus den dazugehörenden Mikro-, Meso- und Exosysteme und aus grundlegenden Wertvorstellungen und Lebenseinstellungen einer Kultur beziehungsweise Gesellschaft ergeben (S. 241-242). Flammer (2009) kommentiert dazu, dass der Zeitgeist einer Kultur die jeweiligen Wertvorstellungen und Lebensstandards in einer Gesellschaft stark beeinflussen (S. 255).

4.4.2 Entwicklung von betroffenen Kindern im Makrosystem

Betroffene Kinder sind oft von fehlender sozialer Unterstützung und Isolierung betroffen (vgl. Kapitel 2.3.3). Negative Reaktionen aus dem Umfeld, welche auf gesellschaftlichen Werten beruhen, können das Kind in seinem zurückziehenden Verhalten bestätigen. Die Werte des sozialen Umfeldes sind im Makrosystem verankert und können nicht von den Ebenen der Mikro- oder Mesosysteme aus gesteuert werden. Von den Entwicklungsaufgaben (vgl. Kapitel 2.2.1) kann abgeleitet werden, dass die elterliche Erkrankung und die diesbezügliche Bewertung der Umwelt bereits mit Kindern im Kleinkindalter durch die Entwicklung eines Werte- und Normensystems thematisiert werden sollten.

4.5 Biografischer Lebensverlauf - Chronosystem

Nachfolgend wird im ersten Unterkapitel das Chronosystem der ökologischen Entwicklungstheorie theoretisch eingeführt und ein Exkurs zu den kritischen Lebensereignissen gemacht. Im zweiten Unterkapitel wird der Einfluss der beschriebenen Lebenssituation (vgl. Kapitel 2.3) und der Risikofaktoren (vgl. Kapitel 2.4) auf das Chronosystem der betroffenen Kinder erklärt.

4.5.1 Theoretische Einführung ins Chronosystem

Gemäss Flammer (2009) hat Bronfenbrenner das Chronosystem erst nachträglich als fünftes System in sein Modell eingefügt. Dieses zeigt die Zeitachse im Verlauf eines Menschenlebens auf der die biografischen Übergänge festgehalten werden. Bronfenbrenner unterscheidet normative Ereignisse (z.B. Schuleintritt) von nonnormativen Ereignissen (z.B. Tod einer nahestehenden Person). Das vermehrte Auftreten von nonnormativen Ereignissen in einem Leben nennt Bronfenbrenner eine kumulierte Biografie und verweist auf die Forschung der kritischen Lebensereignisse hin. (S. 255-256)

Exkurs kritische Lebensereignisse

Werner Greve und Bernhard Leipold (2012) erklären kritische Lebensereignisse mit Geschehnissen, welche für den weiteren Lebensweg entscheidend sind. Diese können erwartet in Form des Auszuges der Kinder aus dem Elternhaus oder unerwartet durch einen plötzlichen Unfalltod eines Familienmitgliedes sein. Die Reaktion der betroffenen Person hängt grundsätzlich von ihren Fähigkeiten und Erfahrungen und weniger von der Belastungssituation selbst ab. Einfluss auf die Entwicklung haben vor allem Bewältigungen, welche auf der psychischen Ebene der betroffenen Person eine Veränderung auslösen. (S. 569)

4.5.2 Entwicklung von betroffenen Kindern im Chronosystem

Die Risiken selbst psychisch zu erkranken und Vernachlässigungen ausgesetzt zu sein sind für betroffene Kinder erhöht (vgl. Kapitel 2.4.1, 2.4.7). Besonders belastend für die Kinder sind suizidale Krisen der Eltern (vgl. Kapitel 2.3.5). Suizidales Verhalten und damit oft im Zusammenhang stehende Klinikeinweisungen können die elterliche Erziehungskompetenz zusätzlich einschränken. Dabei sind die Erziehungskomponenten Beziehungs-, Interaktions- und Kommunikations- sowie Alltagsmanagementfähigkeit (vgl. Kapitel 2.2.2) besonders beeinträchtigt. Bei suizidalen Krisen können betroffene Eltern ihren Kindern gegenüber oft kaum Zuneigung zeigen und wenig Geborgenheit vermitteln. Das krankheitsbeeinflusste Verhalten des Vaters oder der Mutter kann zu Schutz- und Grenzenlosigkeit, fehlender Verbindlichkeit, Versorgungslücken und Strukturlosigkeit im Alltag der Kinder führen. Wenn die Eltern die Kinder bei einer Klinikeinweisung nicht oder für die Kinder nicht nachvollziehbar über die Situation informieren, kann dies das Kind zusätzlich belasten. Damit können wiederholte kurzfristige Klinikeinweisungen aufgrund von suizidalen Krisen der Eltern die Entwicklung des Kindes dauerhaft belasten.

Ungünstige Bedingungen und belastende Erlebnisse können zu nonnormativen Ereignissen und schlussendlich zu einer kumulierten Biografie (vgl. Kapitel 4.5.1) führen. Vielmehr als das belastende Ereignis selbst, beeinflussen jedoch die individuellen Fähigkeiten und Erfahrungen zur Bewältigung des Ereignisses (vgl. Kapitel 4.5.1) den negativen oder positiven Entwicklungsverlauf von betroffenen Kindern. Auch der Ansatz der Resilienz geht davon aus, dass sich betroffene Kinder trotz genetisch bedingter Vulnerabilität und vorhandenen Risikofaktoren mit ausreichenden Schutzfaktoren adäquat entwickeln können (vgl. Kapitel 3).

4.6 Fazit und Beantwortung der Frage D

Das vierte Kapitel behandelt die Frage D, warum sich eine psychische Erkrankung der Eltern aus Sicht der ökologischen Entwicklungstheorie nach Urie Bronfenbrenner auf die Entwicklung des Kindes auswirken kann. Anhand der ökologischen Entwicklungstheorie kann aus systemischer Sicht begründet werden, warum sich eine psychische Erkrankung der Eltern negativ auf die Entwicklung des Kindes auswirken kann. Die Theorie ermöglicht, die Lebenssituation (vgl. Kapitel 2.3) und Risikofaktoren (vgl. Kapitel 2.4) der betroffenen Kinder den verschiedenen Systemebenen zuzuordnen.

In der Familie als unmittelbaren Lebensbereich und Mikrosystem des Kindes kann das Kind in seiner Entwicklung gefährdet sein, weil psychisch kranke Eltern in ihrer Beziehungsfähigkeit und ihrer Erziehungskompetenz eingeschränkt sind. Das Kind kann deshalb nur beschränkt Tätigkeiten zur Bewältigung der Entwicklungsaufgaben einüben, sein Selbstwertge-

fühl und Selbstvertrauen stärken, seine Kinderrolle ausleben und emotionale Bindungen innerhalb der Familie aufbauen. (vgl. Kapitel 4.1) Zudem wird das Kind im Mesosystem eingeschränkt seine Lebensbereiche zu erweitern und neuen Rollen zu lernen. In einem negativen Entwicklungsverlauf ist es dem Kind aufgrund seiner Rolle in der Familie durch die auftretende Parentifizierung nicht möglich Beziehungen aufzubauen und neue Rollen zu übernehmen. Betroffenen Kindern fehlt häufig ein Rückhalt bei Entwicklungsschritten in neue Lebensbereiche, wenn ihre psychisch kranken Eltern sie dabei nicht begleiten oder sie nicht darauf vorbereiten können. Ein Kommunikationsverbot über die Krankheit in der Familie kann dem Kind die Erweiterung von Lebensbereichen zusätzlich erschweren. (vgl. Kapitel 4.2) Zudem wirken sich im Exosystem die Mehrfachproblematiken der Eltern oft auch auf die Lebensbereiche der Kinder aus. Das Verhaltensmuster psychisch kranker Eltern, die Kontakte zwischen ihrem Lebensbereich der Erwachsenenpsychiatrie und der Familie abzugrenzen, und die häufig fehlende Krankheitseinsicht kann dem Kind wichtige Unterstützung und Förderung verunmöglichen und damit seine Entwicklung belasten. (vgl. Kapitel 4.3) Im Makrosystem sind betroffene Kinder oft mit negativen Reaktionen und Ausgrenzung aus gesellschaftlichen Werten und Normen konfrontiert, welche auf sie wirken (vgl. Kapitel 4.4). Wiederholende belastende Ereignisse in der Familie und damit zusammenhängende negative Lebensverläufe gefährden die Entwicklung des Kindes durch eine kumulierte Biografie im Chronosystem (vgl. Kapitel 4.5).

Mit der ökologischen Entwicklungstheorie lassen sich auf den verschiedenen Systemebenen die wesentlichen Umweltbedingungen für eine adäquate Entwicklung von betroffenen Kindern feststellen. Bei der Wahl von Interventionen mit einem systemischen Ansatz und bei komplexen zusammenhängenden Mehrfachproblematiken ist die Entwicklungstheorie nach Bronfenbrenner deshalb wegleitend und sinnvoll. Die Theorie bietet jedoch keine Erklärungen für die Entwicklung des Kindes aufgrund der individuellen Veranlagung und Fähigkeiten eines Kindes. Zudem liefert sie keine Anhaltspunkte über die Entwicklung von sozialen, kognitiven, psychischen und physischen Fähigkeiten in den verschiedenen Altersstufen. Um das Kind auch als Individuum mit seinen Fähigkeiten und nicht nur mit und in seiner Umgebung zu betrachten und seinen Entwicklungsstand einschätzen zu können, scheint es deshalb sehr wichtig, dass das in den Kapiteln eingeführte Wissen über generelle Entwicklungsaufgaben (vgl. Kapitel 2.2.1) und Resilienz (vgl. Kapitel 3) ergänzend genutzt wird.

Nach den Ausführungen über die Lebenssituation (vgl. Kapitel 2.3) und Risikofaktoren (vgl. Kapitel 2.4) von betroffenen Kindern sowie über die generellen Entwicklungsaufgaben des Kindes (vgl. Kapitel 2.2.1), die notwendige Erziehungskompetenz von Eltern (vgl. Kapitel 2.2.2) und die Resilienz (vgl. Kapitel 3) sind die Grundlagen vorhanden um sozialarbeiteri-

sche Interventionen abzuleiten. Diese Wissensgrundlage ist vor allem von Bedeutung, wenn es im folgenden Kapitel um Handlungsansätze im zivilrechtlichen Kinderschutzkontext bei Kindern mit psychisch kranken Eltern geht.

5. Interventionen bei Kindern mit psychisch kranken Eltern im zivilrechtlichen Kinderschutzkontext

Die Auseinandersetzung mit der Lebenssituation (vgl. Kapitel 2.3) und den Risikofaktoren (vgl. Kapitel 2.4) von betroffenen Kindern sowie mit der Resilienz (vgl. Kapitel 3) und der ökologischen Entwicklungstheorie (vgl. Kapitel 4) zeigt, dass für betroffene Kinder spezifische Lebens- und Umweltbedingungen entwicklungsunterstützend sind. Die Resilienz zeigt auf, dass sich betroffene Kinder trotz genetisch bedingter Vulnerabilität und vorhandenen Risikofaktoren gesund entwickeln können. Wenn bei betroffenen Kindern Risikofaktoren vorhanden sind, sollten sozialarbeiterische Interventionen die persönliche Widerstandsfähigkeit der Kinder durch den Aufbau von Schutzfaktoren stärken und vorhandene Schutzfaktoren als Ressourcen im System einsetzen. Der ökologischen Entwicklungstheorie wird entnommen, dass sich negative Einflüsse der elterlichen psychischen Erkrankung auf die Entwicklung von Kindern auswirken können. Mit der Theorie lassen sich die verschiedenen Systemebenen voneinander abgrenzen und Belastungen im Alltag sowie Risikofaktoren einzelnen Systemen zuordnen. Daraus leitet sich eine sinnvolle Aufteilung der Interventionen ab, welche sich in subjekt-, familien- und netzwerkorientierte Interventionen unterteilen lassen. Diese Aufteilung entspricht nicht vollständig den Systemebenen nach Bronfenbrenner, ermöglicht jedoch für die Systeme der ökologischen Entwicklungstheorie eine klare Einteilung und gewichtet zudem bei den Interventionen das wichtigste System der Entwicklungstheorie, das Mikrosystem, entsprechend hoch. In den folgenden Unterkapiteln 5.4, 5.5 und 5.6 werden die Erkenntnisse der Resilienz und der ökologischen Entwicklungstheorie zur Festlegung von Interventionen im zivilrechtlichen Kinderschutzkontext zur Unterstützung der Entwicklung des Kindes angewendet.

Das vorliegende Kapitel beginnt mit der Einführung über den Begriff Kindeswohl und dem generellen Auftrag der Sozialarbeit im zivilrechtlichen Kinderschutzkontext. Anschliessend folgt ein Unterkapitel zur Diagnostik von Kindeswohlgefährdungen bei betroffenen Kindern. Nach dem Unterkapitel über die spezifische Beratungsmethodik im vorliegenden Kontext werden die gezielten Interventionen auf den Ebenen Subjekt, Familie und Netzwerk vorgestellt. Mit dem Fazit über mögliche Interventionen im zivilrechtlichen Kinderschutzkontext und der Beantwortung der Hauptfrage A schliesst das Kapitel ab.

5.1 Sozialarbeit im zivilrechtlichen Kinderschuttkontext

Nachfolgend werden die Begriffe Kinderschutz und Kindeswohl erläutert. Anschliessend wird der Handlungsrahmen und Auftrag der Sozialarbeit im zivilrechtlichen Kinderschuttkontext vorgestellt.

5.1.1 Kinderschutz und Kindeswohl

Nach Häfeli (2005) bietet der Kinderschutz die Grundlage zur Förderung der Entwicklung von Kindern und Jugendlichen und zum Schutz von Gefährdungen und deren Auswirkungen. Zum Kinderschutz zählen alle gesetzlichen und institutionalisierten Mittel. Diese gewährleisten das Kindeswohl und sind sozialpolitische, freiwillige, öffentlich-rechtliche und internationale Massnahmen und Normen. (S. 127-128) Der institutionalisierte Kinderschutz besteht aus vier Bereichen: freiwilliger, zivilrechtlicher und strafrechtlicher Kinderschutz sowie spezialisierte Kinderschutzorganisationen. Nachfolgend wird lediglich auf den zivilrechtlichen Kinderschutz eingegangen, da sich vorliegende Arbeit an Professionelle der Sozialarbeit im Handlungskontext des zivilrechtlichen Kinderschutzes richtet.

Cyril Hegnauer (1999) umschreibt den Bereich vom zivilrechtlichen Kinderschutz wie folgt: Sind Eltern und ihre Kinder nicht in der Lage alleine, mit Unterstützung von Bekannten oder auch Angeboten des freiwilligen Kinderschutzes eine Gefährdungssituation zu überwinden, greift der zivilrechtliche Kinderschutz ein. Eine eindeutige und erhebliche Gefährdung des Kindeswohles legitimiert den gesetzlichen Eingriff von Seiten der Behörden. In solchen Fällen trifft die Vormundschaftsbehörde (Anmerkung der Autorinnen: seit 1.1.2013 Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde) geeignete differenzierte Massnahmen zum Schutz und Wohl des Kindes. Nach dem Grundsatz der Subsidiarität sollen vor zivilrechtlichen Massnahmen immer zuerst alle Möglichkeiten im freiwilligen Kinderschutzbereich ausgeschöpft werden. Im Sinne der Komplementarität als Grundsatz sollen die Elternkompetenz und die elterliche Verantwortung durch Eingriffe nicht verdrängt, sondern ergänzt werden. Der dritte Grundsatz der Verhältnismässigkeit verlangt, dass eine zivilrechtliche Massnahme zum Zweck der Gefährdungsabwendung eingesetzt und dass sie dem Schweregrad der Gefährdung angepasst wird. (zit. in Häfeli, 2005, S. 132)

Kindeswohl ist ein rechtlicher Begriff, der in der Schweiz im Schweizerischen Zivilgesetzbuch (ZGB) verankert ist und in diesem Kontext verwendet wird. Hegnauer (1999) führt aus, dass der zivilrechtliche Kinderschutz in der Schweiz in Art. 307–317 ZGB geregelt ist. An erster Stelle tragen die Eltern die Sorgepflicht für ihre Kinder und deren optimale Entwicklung. Können die Eltern diese Pflicht nicht oder nur teilweise wahrnehmen, wird dadurch das Wohl des Kindes gefährdet. Eine Gefährdung des Kindeswohls findet statt, wenn eine Situation die

ernsthafte Möglichkeit einer Beeinträchtigung des körperlichen, sittlichen, geistigen oder psychischen Wohls des Kindes voraussehen lässt. (zit. in Häfeli, 2005, S. 131-132) Diana Wider und Daniel Rosch (2009) nennen weitere Grundsätze des Kindeswohls: Entwicklungsförderung, stabiles soziales Umfeld, Bindungsmöglichkeiten mit Bezugspersonen, positive Beziehungen zu Eltern und Geschwister, Toleranz der Eltern in Trennungssituationen sowie Akzeptanz des Willens und des Selbstbestimmungsrechts des Kindes. Diese Grundsätze gelten für alle Personen, welche mit dem Kind in Kontakt stehen wie Eltern, Mandatstragende oder Gerichtsbehörden. (S. 1)

Fortfolgend wird nach der vorliegenden Einführung des zivilrechtlichen Kindesschutzes im gesamten Kapitel anstelle dieses Begriffs jeweils der Begriff Kindesschutz beziehungsweise Kindesschutzkontext sinngemäss verwendet.

5.1.2 Handlungsrahmen und Auftrag der Sozialarbeit

Der Kindesschutz greift zur Abwendung von Kindeswohlgefährdungen in die Privatsphäre einer Familie ein. Rosch (2011) ordnet Aufträge von Sozialarbeitenden im Kindesschutzkontext der gesetzlichen Sozialen Arbeit zu und bezeichnet ihren Handlungsrahmen als Zwangskontext. Die Handlungen der Sozialarbeitenden basieren auf öffentlichem Recht. Sie sind in der Vertretungsfunktion ihrer Institution tätig. Die Pflichtklientel steht nicht in einem Rechtsverhältnis zu den Sozialarbeitenden, sondern zur Institution auf dem Rechtsgebiet des Kindes- und Erwachsenenschutzes. Sozialarbeitende entscheiden aufgrund ihres Methoden- und Fachwissens sowie ihrer Berufsethik basierend auf den rechtlichen Grundlagen und dem Einzelfall angemessen über die Ausgestaltung der Zusammenarbeit und Massnahmen für die Pflichtklientel. Dabei ist zu beachten, dass die Anforderungen an die rechtliche Legitimierung steigen, je massiver der Eingriff in die Rechte der Klientel ist. (S. 85-86, 98-99)

Weiter hält der Berufskodex der Sozialen Arbeit Grundwerte und Handlungsprinzipien im berufsethischen Sinn der Sozialen Arbeit fest. Im Kindesschutz sind einzelne Werte und Prinzipien besonders relevant. Zur Definition der Sozialen Arbeit ist im Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz (2010) festgehalten: „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). Der Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz (2010) führt Handlungsgrundsätze wie Gleichbehandlung, Selbstbestimmung, Partizipation, Integration und soziale Gerechtigkeit auf. Als Handlungsprinzipien gelten neben anderen die Aufklärung von betroffenen Menschen über Ursachen und Probleme, welche für sie zum sozialen Ausschluss

führen. Professionelle motivieren Betroffene dazu, von ihren Rechten, Fähigkeiten und Ressourcen zur Verbesserung der Lebensbedingungen Gebrauch zu machen, weisen sie jedoch auch auf ihre Pflichten hin. Weiter ermöglichen sie Schutzraum für körperlich oder psychisch geschädigte Menschen. Vertrauen und Wertschätzung sind Grundlagen der Arbeitsweise von Professionellen der Sozialen Arbeit. Sie informieren dabei über Möglichkeiten und Grenzen, Arbeitsweisen, ihre Befugnisse und den Einbezug von weiteren Fachpersonen. Professionelle handhaben das Machtgefälle zwischen ihnen und ihrer Klientel verantwortungsvoll. (S. 8-13)

Sozialarbeit im Kinderschuttkontext hat folglich verschiedene Aufträge und Handlungsrichtlinien einzuhalten. Neben dem gesetzlichen Auftrag der Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde müssen sie die berufsethischen Richtlinien der Sozialen Arbeit einhalten. Dabei sind die Ansprüche der verschiedenen Positionen nicht immer vollständig vereinbar und müssen von den Sozialarbeitenden klar abgegrenzt und individuell behandelt werden. Sozialarbeitende in diesem Kontext müssen deshalb über eine hohe Sozial-, Methoden- und Fachkompetenz verfügen. Barbara Riedmüller (1981), Judith Cingolani (1984), Burkhard Müller (1985), Albert Mühlum (1996), Wolf Rainer Wendt (1997), Siegfried Müller (2001), Helge Peters (2002) sowie Lynn Hoffmann, Lorence Long und Edgar H. Auerswald (1969) beschreiben dazu den Widerspruch in der Rolle der professionellen HelferInnen. Eine sozialarbeiterische Intervention dient einem doppelten Zweck. Einerseits bietet sie Hilfe und Unterstützung für das betroffene Kind und deren Familie und andererseits hat sie eine Kontrolle zur Folge. Dieser Doppelauftrag von Hilfe und Kontrolle ist der Familie offen darzulegen. (zit. in Marie-Luise Conen & Gianfranco Cecchin, 2007, S. 23)

5.2 Diagnostik bei Kindern mit psychisch kranken Eltern

Gemäss Verena Peter (2012) muss vor der konkreten Hilfeplanung im Kinderschuttkontext eine Einschätzung der Situation des Kindes erfolgen. Eine Situationsanalyse mit anschließender Bewertung führt zur Beurteilung der Kindeswohlgefährdung. Zweck der Diagnostik im Kinderschutz ist die transparente Begründung und Festlegung von Interventionen. Peter weist darauf hin, dass Sozialarbeitende die Durchführung der Situationseinschätzung steuern und die Verantwortung tragen, dass die notwendigen Informationen zur Festlegung von Kinderschutzmassnahmen vorliegen. (S. 3-5) Alice Salomon (2002) bekräftigt die Aussage von Peter und führt aus, dass der Begriff soziale Diagnose einen Auftrag an Sozialarbeitende formuliert. Anhand eines Gesamtbildes kann eine Interventionsplanung erstellt und das Problem behoben werden. Das Gesamtbild entsteht durch Einholen, Prüfen und Bewerten von Informationen. Die soziale Diagnose soll ein möglichst genaues Bild der sozialen Situation und der bedürftigen Person aufzeigen. (zit. in Anna Kottler, 2004, S. 42-43)

In den folgenden Unterkapiteln werden wesentliche Bereiche der Lebenssituation betroffener Kinder, Arbeitsinstrumente und Beurteilungsaspekte als Grundlage zur Einschätzung einer Kindeswohlgefährdung und zur Interventionsplanung beschrieben.

5.2.1 Erfassung der Lebenssituation betroffener Kinder

Die Auseinandersetzung mit der Lebenssituation von betroffenen Kindern in Verbindung mit der ökologischen Entwicklungstheorie zeigt, dass diese Kinder durch ihre Lebenssituation in ihrer Entwicklung gefährdet sind (vgl. Kapitel 4). Dagegen deutet die Resilienz darauf hin, dass sich gefährdete Kinder mit ausreichenden Schutzfaktoren trotzdem gesund entwickeln können (vgl. Kapitel 3). Für die Diagnostik ist deshalb wesentlich, alle Lebensbereiche und Systeme sowie die Risiko- und Schutzfaktoren des Kindes zu erfassen.

Lenz (2010) führt aus, dass Informationen über Risiko- und Schutzfaktoren sowie über familiäre und psychosoziale Bedingungen betroffener Kinder von verschiedenen Quellen eingeholt werden müssen. Die wichtigsten Quellen sind die Eltern und das Kind selbst. Weitere wichtige Informationslieferanten können Bezugspersonen aus dem familiären oder sozialen Umfeld des Kindes sein. (S. 29) Plass und Wiegand-Grefe (2012) betonen, dass in der Diagnostik von betroffenen Kindern der Einbezug des erkrankten Elternteils und der ganzen Familie besonders wichtig ist. Verhaltensauffälligkeiten der Kinder stehen oft im Zusammenhang mit der elterlichen Erkrankung, die Eltern leugnen diesen Einfluss jedoch in vielen Fällen. (S. 93) Lenz (2010) kommentiert, dass Familiengespräche im Diagnostikverfahren Verhaltensmuster zwischen Eltern und Kind aufzeigen. Zudem weisen Reaktionen des Kindes auf Erzähltes der Eltern und umgekehrt auf das Kommunikationsverständnis in der Familie hin. Da gemeinsame Gespräche die Offenheit der Einzelpersonen einschränken können, sind Einzelgespräche mit den Eltern und dem Kind ebenfalls notwendig. (S. 84)

Elterliche Erkrankung

Um die Belastungen der Eltern mit möglichen Auswirkungen auf das Kind festzustellen, müssen auch die verschiedenen Lebensbereiche der Eltern abgeklärt werden. Dabei wird ersichtlich, ob allenfalls materielle oder immaterielle Mittel für die Familie oder einzelne Mitglieder erschlossen werden müssen. Wiegand-Grefe, Susanne Halverscheid und Plass (2011) erfassen die elterliche Situation in Dokumentationsbögen, welche für beide Eltern gemeinsam oder einzeln ausgefüllt werden (S. 120). Mit dem Bogen (siehe Anhang A) werden Informationen über die psychische Erkrankung, Krankheitseinsicht, berufliche und einkommensabhängige Situation, inner- und ausserfamiliäre Beziehungen sowie deren Qualität und die Situation der Kinder eingeholt.

5.2.2 Instrumente zur Erfassung der Lebenssituation

Die Autorinnen dieser Arbeit haben aufgrund der bisher gesammelten Erkenntnis das Sozio-, das Eco- und das Genogramm als besonders geeignete Arbeitsinstrumente zur Erfassung der Lebenssituation von betroffenen Kindern ausgewählt.

Das Soziogramm stellt Manfred Neuffer (2009) als Darstellungsmöglichkeit von Beziehungsmustern in kleinen Gruppen und Netzwerken vor. Im Soziogramm werden nicht nur familiäre Konstellationen sondern auch soziale Netzwerke dargestellt. Das Instrument dient der Aufzeichnung von Rollenmustern und Positionen im System. Es werden Beziehungskonstellationen, unterstützende und belastende Beziehungen und Sonderstellungen sowie Einzelgänger oder verantwortliche Personen erfasst. Neuffer führt aus, dass das Ecogramm das Soziogramm durch zusätzliche Verbindungen mit Institutionen erweitert. (S. 194-196) Malte Fabian Osthagen (2003) erklärt das Ecogramm als ein Instrument, welches Personen in ihrem Lebensraum darstellt. Die Aufzeichnung erfasst die für die betroffene Person wichtigsten problem- und ressourcenrelevanten Personen, Umweltbedingungen und Beziehungsqualitäten. Das Ecogramm kann im Kontakt mit Betroffenen zur Veranschaulichung von Problemsituationen und zur gemeinsamen Erarbeitung der Situationslage eingesetzt werden. (zit. in Selma Koch, 2003, S. 1, 3) Neuffer (2009) führt aus, dass die unterschiedlichen Beziehungsqualitäten im Sozio- wie im Ecogramm mit verschiedenen Symbolen darstellerisch hervorgehoben werden können (S. 196).

Das Sozio- und das Ecogramm eignen sich dazu, die verschiedenen Lebensbereiche des Kindes sowie seine Beziehungen und Rollenanforderungen zu erfassen. Wenn das Kind aufgrund der eingeschränkten Beziehungsfähigkeit (vgl. Kapitel 2.4.4) und Erziehungskompetenz (vgl. 2.4.5) der Eltern in der Familie nur teilweise Tätigkeiten lernen kann (vgl. Kapitel 4.1, 4.2), ist das Wissen um andere Lebensbereiche wie Kinderkrippe und Nachbarschaft zur Erschliessung von neuen Lernfeldern wesentlich. Das Kind benötigt zur Bewältigung von Entwicklungsschritten gegenseitige Beziehungen (vgl. Kapitel 4.1.1). Bei einer eingeschränkten Beziehungsfähigkeit eines Elternteils ist deshalb die Beziehung zwischen dem Kind und dem gesunden Elternteil oder einer ausserfamiliären nahen Bezugsperson wesentlich zur Unterstützung seiner Entwicklung. Im Zusammenhang mit der durch die Parentifizierung gefährdeten Kinderrolle (vgl. Kapitel 4.1) ist es für Sozialarbeitende und Eltern wichtig, über die verschiedenen Lebensbereiche des Kindes und die diesbezüglichen Anforderungen an das Kind informiert zu sein. Betroffene Kinder können wegen der Krankheit ihrer Eltern zum Beispiel in der Schule soziale Ausgrenzungen erleben (vgl. Kapitel 2.3.3) und dadurch soziale Interaktionen vermeiden (vgl. Kapitel 4.4.2). Soziale Ausgrenzung und dessen Auswirkung auf das Verhalten des Kindes können ebenfalls mit dem Sozio- und Ecogramm erfasst wer-

den. Vom Aspekt der Resilienz her betrachtet eignen sich die zwei Instrumente zur Erhebung von Schutzfaktoren (vgl. Kapitel 3.2). Vor allem kindzentrierte Faktoren wie Temperamentsmerkmale, soziale Kompetenzen, soziale Schutzfaktoren sowie ein gutes soziales Netz oder eine ausserfamiliäre Bezugsperson können visualisiert festgehalten werden.

Mit dem Genogramm als drittes Instrument können Ereignisse und Familienstrukturen über Generationen hinweg erfasst werden. Es eignet sich besonders gut, um aktuelle Schwierigkeiten oder belastende Erfahrungen in einer Familie und ihren Generationen davor in Verbindung zu setzen. Gewonnene Erkenntnisse können Beziehungsmuster, generationenübergreifende Familienzyklen und wiederholt einschneidende Ereignisse aufzeigen. (Neuffer, 2009, S. 191)

Das Genogramm kann bezugnehmend auf die Resilienz dazu dienen, familienzentrierte Schutzfaktoren (vgl. Kapitel 3.2.2) wie Familienstrukturen und Erziehungsklima zu ermitteln. Es dient zudem der Erfassung von biografischen Lebensverläufen (vgl. Kapitel 4.5). Anhand des Genogramms kann festgestellt werden, ob die Familie des Kindes seit mehreren Generationen von einer psychischen Krankheit einzelner Familienmitglieder betroffen ist oder nicht. Daraus kann geschlossen werden, ob bereits seit vielen Jahren risikoreiche Strukturen in der Familie vorhanden sind und wie chronifiziert allenfalls die Familienstrukturen sind.

5.2.3 Beurteilung Kindeswohlgefährdung und Grundlage Interventionsplanung

Zur Beurteilung einer Kindeswohlgefährdung sowie als Grundlage für die Interventionsplanung können verschiedene Modelle eingesetzt werden. Michael Franz und Karin Jäger (2008) führen aus, dass die Herausforderungen bei der Interventionsplanung in betroffenen Familien eine verhältnismässige Unterstützung und Eingriffe ohne Über- und Unterforderungen sind. Zu starke Eingriffe können betroffene Familien zusätzlich stigmatisieren, zu wenig unterstützende Massnahmen können die Kinder in ihrem Familienumfeld stark gefährden. (S. 156)

Modell zur Darstellung von Risiko- und Schutzfaktoren

Günther Deegener und Wilhelm Körner (2008) führen ein Modell zur Einschätzung der Kindeswohlgefährdung anhand von Risiko- und Schutzfaktoren aus (siehe Abbildung 3). Sie setzen dabei die Begriffe Belastungen und Risiko gleich. Deegener und Körner verweisen auf distale und proximale Faktoren. Dabei beschreiben sie distale Faktoren als entfernte, kurzfristige Situationen wie vorübergehende Arbeitslosigkeit oder Erkrankung von Familienmitgliedern und proximale Faktoren als langfristige Zustände wie die chronische Erkrankung eines Elternteils, eingeschränkte Erziehungskompetenz oder Armut. Weiter teilen sie die

Faktoren in personale (Kind), familiäre (Familie) und soziale (Umfeld) Faktoren ein. (S. 22-24) Deegener und Körner bieten damit ein konkretes Modell zur differenzierten Erfassung der Schutzfaktoren (vgl. Kapitel 3.2) und der Risikofaktoren (vgl. Kapitel 2.4) in individuellen Einzelfällen von Kindern mit psychisch kranken Eltern.

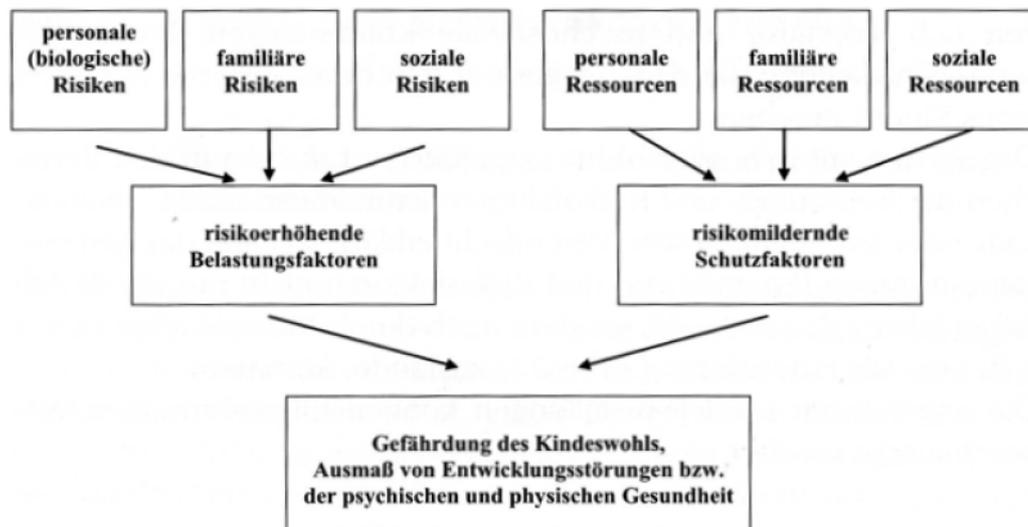


Abbildung 3: Modell zur Einschätzung von Belastungs- und Schutzfaktoren (Deegener & Körner, 2008, S. 24)

Gefährdungsfaktoren von Kindern mit psychisch kranken Eltern

Ausgehend von der beschriebenen Lebenssituation (vgl. Kapitel 2.3) und den Risikofaktoren (vgl. Kapitel 2.4) der betroffenen Kinder sowie in Anlehnung an die Ausführungen von Marie-Luise Kluck (2010) über die Feststellung einer Kindeswohlgefährdung (zit. in Stephan Klein & Jungbauer, 2010, S. 172-173) und Lenz (2010) über eine erhöhte Belastung von betroffenen Kindern (S. 98-100) erstellen die Autorinnen eine Tabelle mit den wesentlichen Faktoren zur Diagnostik einer Kindeswohlgefährdung bei Kindern mit psychisch kranken Eltern. Die Einteilung der Ebenen in Kind, Eltern, Interaktion und Beziehung Eltern-Kind, Familie und Umfeld erfolgt in Anlehnung an die drei Faktoren personal, familiär und sozial des im vorangehenden Absatz erwähnten Modells von Deegener und Körner. Dabei wird personal dem Kind, familiär den Eltern und der Familie sowie sozial dem Umfeld gleichgestellt. Die zusätzliche Aufteilung von familiären Faktoren in Eltern und Familie nehmen die Autorinnen deshalb vor, weil die Kindeswohlgefährdung mit der psychischen Erkrankung der Eltern zusammenhängt und die Symptome und Auswirkungen der Krankheit speziell beachtet werden müssen. Die Ebene Interaktion und Beziehung Eltern-Kind haben die Autorinnen aus den Erkenntnissen der eingeschränkten Erziehungskompetenz als Risikofaktor (vgl. Kapitel 2.4.5), der belastenden

Lebenssituation betroffener Kinder (vgl. Kapitel 2.3) und des wichtigen Schutzfaktors der emotionalen Bindung (vgl. Kapitel 3.2.2) festgelegt.

Ebene	Gefährdungsfaktoren
Kind	<ul style="list-style-type: none"> • Junges Alter des Kindes (Entwicklungsstand, Selbständigkeit)
Eltern	<ul style="list-style-type: none"> • Belastungsgrad der psychischen Krankheit (Mehrfachdiagnosen, Schweregrad und Chronifizierung der Erkrankung, ein oder beide Elternteile erkrankt) • Keine Krankheits- und Behandlungsbereitschaft • Leugnen belegbarer Kindeswohlgefährdungen • Keine Bereitschaft, Unterstützung anzunehmen • Partnerschaftsprobleme und/oder –gewalt, Trennung der Eltern
Interaktion und Beziehung Eltern-Kind	<ul style="list-style-type: none"> • Fehlender Bindungsaufbau oder Verlust elterliche Bezugsperson • Unberechenbarkeit der elterlichen Verhaltensweisen, Einbezug des Kindes in die psychotische Symptomatik • Tabuisierung der Krankheit • Eingeschränkte Erziehungskompetenz und fehlendes Fürsorgeverhalten (fehlende Regeln, Normen, Alltagsorganisation und Verbindlichkeit, inadäquate Kommunikation, Unter- und Überstimulation des Kindes) • Parentifizierung des Kindes
Familie	<ul style="list-style-type: none"> • Belastende Familiensituation (finanzielle Lage, Wohnsituation etc.) • Sexuelle, körperliche und/oder psychische Übergriffe
Umfeld	<ul style="list-style-type: none"> • Kommunikationsverbot für das Kind • Soziale Isolierung

Tabelle 2: Faktoren einer Kindeswohlgefährdung bei Kindern mit psychisch kranken Eltern (eigene Darstellung in Anlehnung an Marie-Luise Kluck, 2010, zit. in Stephan Klein & Jungbauer, 2010, S. 172-173; Lenz, 2010, S. 98-100)

5.3 Beratungsmethodik

Das folgende Kapitel behandelt Gespräche mit Kindern und die Beratung im Zwangskontext als spezifische Themen in der Beratungsmethodik im Kinderschutzkontext mit psychisch kranken Eltern. Da in der vorliegenden Arbeit der Fokus auf den Interventionen liegt, wird die spezifische Beratungsmethodik aufgrund einzelner Krankheitsbilder explizit ausgegrenzt.¹

¹ Literaturhinweis für Beratungsmethodik in Bezug auf spezifische Krankheitsbilder: Schweitzer, Jochen & von Schlippe, Arist (2009). *Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung II. Das störungsspezifische Wissen* (3. Aufl.). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

5.3.1 Gespräche mit Kindern

Gemäss Art. 314a Abs. 1 ZGB muss das Kind im Kindesschutzverfahren durch die Kindeschutzbehörde oder eine beauftragte Person persönlich angehört werden, sofern nicht das Alter oder andere wichtige Gründe dagegen sprechen. Zudem wird im Kapitel zur Diagnostik festgestellt, dass Gespräche mit Kindern wesentlich sind um ihre Lebenssituation und ihr Wohlbefinden aus ihrer Perspektive zu erfahren (vgl. Kapitel 5.2). Weiter ist das Selbstbestimmungsrecht des Kindes ein Grundsatz des Kindeswohls (vgl. Kapitel 5.1.1). Dies muss in Gesprächen mit Kindern, ebenso wie die elterlichen Rechte und Pflichten, berücksichtigt werden. In diesem Unterkapitel werden Grundsätze und Gesprächstechniken für eine kindergerechte Kommunikation festgehalten.

Grundsätze

Martine F. Delfos (2010) hält Grundbedingungen für die Kommunikation mit jüngeren Kindern fest. Sie führt aus, dass die Fachperson dieselbe Augenhöhe wie das Kind einnehmen und abwechselnd Augenkontakt aufnehmen und unterbrechen soll. Das Kind soll sich während des Gesprächs wohl fühlen und darauf hingewiesen werden, dass das Gespräch bei Konzentrationsschwierigkeiten des Kindes unterbrochen werden kann. Die Fachperson soll gut zuhören, Reden und Spielen sollte kombiniert werden. Die Fachperson soll das Kind dazu ermutigen, seine Gedanken und Bedürfnisse zu äussern. (S. 98)

Kindergerechte Gesprächstechniken

Delfos (2010) hält fest, dass die Metakommunikation, die Kommunikation über die Kommunikation, im Gespräch mit Kindern wichtig ist. Kindern sind Gesprächsgrundsätze oft nicht geläufig und sie können teilweise nicht nachvollziehen, was Erwachsene im Gespräch kommunizieren. Die Fachperson soll dem Kind das Ziel und ihre Absicht für das Gespräch deutlich machen. Das Kind soll wissen, dass seine Rückmeldungen wichtig sind, aber auch, dass es schweigen darf. Im Gespräch mit Kindern soll die Fachperson die eigenen Emotionen benennen. Das Kind soll zudem aufgefordert werden, seine Meinung über das Gespräch zu äussern. (S. 98-99, 106)

Im lösungsorientierten Ansatz nach Theres Steiner und Insoo Kim Berg (2011) können Fragen nach Ausnahmen und die Analyse erwähnter Situationen helfen, Lösungen zusammen mit den Kindern zu entwickeln. Die Wunderfrage kann das Verhalten und die Einstellung eines Kindes ändern. Wunder sind oft nicht realistisch. Jedoch können sie helfen, einem Kind Möglichkeiten und Fähigkeiten aufzuzeigen. Bewältigungsfragen eignen sich erst ab dem Jugendalter. Die Fragen können helfen, eigene Stärken anzuerkennen. Kinder können sich oft besser mit Zahlen als mit Worten ausdrücken. Aus diesem Grund ist die Frage nach einer Zahl für einen Zustand, eine Skalierungsfrage, oft einfacher zu beantworten als die

Frage nach einem ausführlichen Bericht. Kinder sind gerne aktiv. Aus diesem Grund ist es sinnvoll, Skalierungsfragen in kleine Aufgaben zu verpacken. Wenn Kinder noch nicht zählen können, kann als Hilfsmittel ein Luftballon, welcher verschieden stark aufgeblasen wird, oder ein Seil um sich zu positionieren dienen. (S. 43-48, 132-133)

5.3.2 Motivierende Gesprächsführung im Zwangskontext

Die Lebenssituation der Kinder (vgl. Kapitel 2.3) beschreibt die fehlende Krankheitseinsicht, die Tabuisierung und das Kommunikationsverbot der Eltern. Dies kann in der Beratung im Kinderschutzkontext zur Folge haben, dass Eltern mit Widerstand reagieren. Einerseits kann es sein, dass sie Angst vor einem Sorgerechtsentzug haben, andererseits können eine fehlende Problemeinsicht und der Eingriff in ihren persönlichen Handlungsspielraum den Widerstand auslösen. Im folgenden Unterkapitel wird die motivierende Gesprächsführung als unterstützende Beratungsmethode im Zwangskontext vorgestellt.

Robert S. Storch und Robert C. Lane (1989) verweisen auf unterschiedliche Forschungsergebnisse, welche bestätigten, dass Menschen für eine Veränderung motiviert sein müssen. Joachim Körkel und Arno Drinkmann (2002) zeigen auf, dass Betroffene nie gänzlich unmotiviert in eine Beratung – auch nicht im Zwangskontext – kommen. Es liegt an den Fachpersonen, Gespräche so zu gestalten und für die Sichtweisen der Klienten und Klientinnen offen zu sein um diese für eine Veränderung zu motivieren. (zit. in Conen & Cecchin, 2007, S. 53, 55)

Catherine Fuller und Phil Taylor (2012) beschreiben in Anlehnung an William Miller und Stephen Rollnick, 2002, fünf Prinzipien der motivierenden Gesprächsführung². Als erstes nennen sie klare Vereinbarungen. Vereinbarungen sind die Grundlage einer Zusammenarbeit. Wichtig dabei ist, dass von Anfang an Erwartungen und Ziele von beiden Gesprächsseiten ausgesprochen werden. In der Vereinbarung zu klären sind Arbeitsbeziehung, Rollen und Aufträge beziehungsweise Aufgaben der Parteien und damit verbundene Grenzen. Um einen gemeinsamen Nennwert in der Zusammenarbeit festzulegen, müssen diese Punkte transparent ausgesprochen werden. Als zweites Prinzip steht Empathie. Dieses Prinzip dient dem Verständnis für die individuellen Bedürfnisse der Klientel. Dabei soll von Seiten der Professionellen keine Verurteilung, Schuldzuweisung oder Stigmatisierung stattfinden. Veränderungswünsche fördern ist ein weiteres Prinzip. Bei diesem geht es darum, dass Professionelle behutsam Missverhältnisse und Widersprüche aufzeigen und reflektieren. Selbst

² Zusätzlicher Literaturhinweis für die motivierende Gesprächsführung: Sachse, Rainer; Langens, Thomas A. & Sachse, Meike (2012). *Klienten motivieren. Therapeutische Strategien zur Stärkung der Änderungsbereitschaft*. Bonn: Psychiatrie Verlag.

Ungereimtheiten zu erkennen unterstützt Betroffene, eigene Gründe für den Wunsch nach einer Veränderung zu entwickeln. Ihre Motivation ist dann eine persönliche und entsteht nicht durch Druck oder Anreize von aussen. Das vierte Prinzip ist Widerstand akzeptieren und umlenken. (S. 12-14) Thomas Gordon (1970) beschreibt Widerstand als normalen Effekt im Veränderungsprozess. Widerstand ist ein Zeichen von Bedenken und zwiespältigen Gefühlen gegenüber einer anstehenden Veränderung. Wird der Widerstand im Gesprächsverlauf grösser, sollen Professionelle in einem ersten Schritt Verständnis für sämtliche Gründe der Abwehr zeigen. Anschliessend werden in einem zweiten Schritt die Veränderungsgründe diskutiert und Gegensätzliches beleuchtet. (zit. in Fuller & Taylor, 2012, S. 14) Das letzte Prinzip Selbstwirksamkeit basiert auf Forschungen von Albert Bandura, 1977, und Carl Rogers, 1969. Sie stellen fest, dass die angenommene und schliesslich bewältigte Herausforderung umso grösser ist, je stärker der Glaube an die eigenen Fähigkeiten ist. (zit. in Fuller & Taylor, 2012, S. 15)

Fuller und Taylor (2012) erstellen zum Verständnis der Veränderungsmotivation das Modell „Kreislauf der Veränderung“ (siehe Abbildung 4). Die Phase der Präkontemplation zeichnet sich dadurch aus, dass die betroffenen Personen selbst keine Veränderung ihrer persönlichen Situation wollen. Sie nehmen ein Problem nicht als solches wahr und haben deshalb auch keinen Anlass, eine Veränderung anzustreben. Aus Sicht der Betroffenen sehen lediglich die anderen Personen ein Problem. Dieser Phasenstatus kann entweder mit zusätzlichen Informationen beseitigt oder muss anders thematisiert werden. Ein Wechsel der betroffenen Personen in die Phase der Kontemplation zeigt sich, wenn die Betroffenen an der aktuellen Situation zweifeln und einer möglichen Veränderung positive Aspekte entnehmen können. Gleichzeitig sind die Betroffenen in dieser Phase jedoch unsicher, ob die Veränderung umsetzbar ist. Folgen der Unsicherheit können Untätigkeit oder auch weiterhin abwehrendes Verhalten sein. In der Phase der Entscheidung zeigen Betroffene klar eine Bereitschaft zur Veränderung. Es können Absprachen getroffen und anstehende Schwierigkeiten besprochen werden. Wichtig in dieser Phase ist das Rückbesinnen an die Themen aus den vorlaufenden Phasen. Diese Themen dienen als Grundlage und Massstab für Entscheidungen. Ideen für Veränderungen sollen von den Betroffenen selbst formuliert werden. Fachpersonen sollen in dieser Phase zuhören, bestätigen und loben. In der Phase Handlung benötigen Betroffene manchmal aktive Unterstützung um die Herausforderungen von Veränderungen zu bewältigen. Die letzte Phase des Kreislaufs ist die Aufrechterhaltung. Diese Phase ist erreicht, wenn der Zustand nach der Veränderung für einen Zeitraum ab sechs Monaten anhält. In dieser Phase sollten Betroffene in ihrem Selbstvertrauen, in der Fortführung der stabilen Situation und im Erkennen von riskanten Situationen gestärkt werden. In der Umsetzung von Veränderungen können Rückfälle geschehen. Diese lösen unter-

schiedliche Gefühle wie Enttäuschung, Wut und Hoffnungslosigkeit aus. In der motivierenden Gesprächsführung geht es oft darum, mit Betroffenen in der Kontemplationsphase zu arbeiten und sie für neue Veränderungsversuche zu motivieren. (S. 19-20, 22-24)

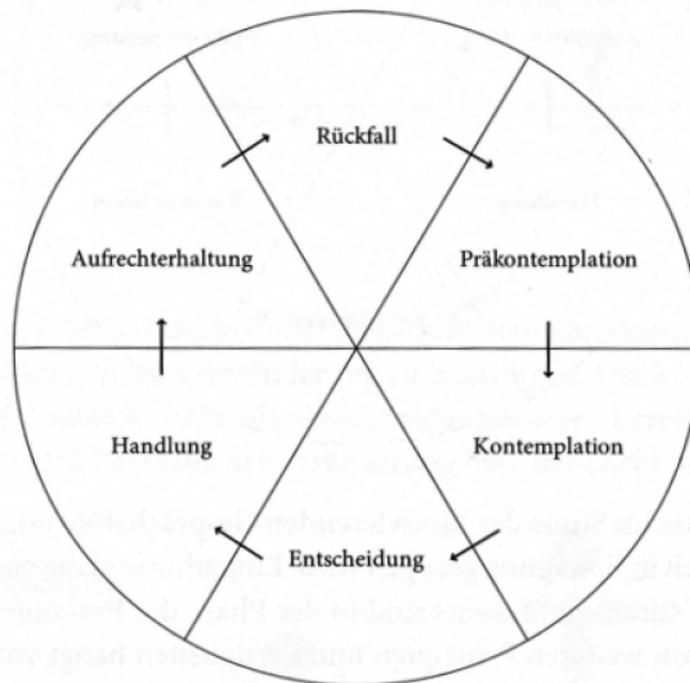


Abbildung 4: Kreislauf der Veränderung (Fuller & Taylor, 2012, S. 19, in Anlehnung an James O. Prochaska & Carlo C. Di Clemente, 1982)

5.4 Subjektorientierte Interventionen

Im folgenden Kapitel werden die Psychoedukation, die Stärkung des Kindes und die Stärkung der Erziehungskompetenz als subjektorientierte Interventionen mit betroffenen Kindern oder deren Eltern beschrieben.

5.4.1 Psychoedukation

Nach Lenz (2005) wird die Wissensvermittlung über psychische Erkrankungen, Symptome, Behandlungsmöglichkeiten und Verläufe im psychosozialen Kontext Psychoedukation³ genannt (zit. in Lenz, 2008, S. 143). Aus der Resilienzforschung geht hervor, dass die entwicklungsgerechte Information über die elterliche Krankheit ein sehr wichtiger Schutzfaktor ist (vgl. Kapitel 3.2.4). Erklärungen anhand der ökologischen Entwicklungstheorie ergeben,

³ Zur Psychoedukation hat Lenz verschiedene Gesprächsleitfäden und Materialien zusammengestellt in: Lenz, Albert (2010). *Ressourcen fördern. Materialien für die Arbeit mit Kindern und ihren psychisch kranken Eltern*. Göttingen: Hogrefe.

dass Kinder durch Beobachten und Nachahmen lernen. Inadäquates Verhalten der psychisch kranken Eltern irritiert und verunsichert die Kinder und schränkt damit ihre Entwicklung ein. (vgl. Kapitel 4.1) Es ist deshalb wesentlich, dass Kinder über die elterliche Erkrankung und damit verbundene Verhaltensweisen aufgeklärt werden. Auf diese Weisen werden die Kinder unterstützt selber zu bestimmen, ob sie Tätigkeiten der Eltern ebenfalls ausführen und weiterverfolgen wollen oder nicht. Zudem wird das Kind durch die Auseinandersetzung mit der Psychoedukation gestärkt, um sich besser von negativen Reaktionen des Umfeldes abzugrenzen. Damit kann sich das Kind vor gesellschaftlichen Wertungen aus seinem Umfeld zu schützen (vgl. Kapitel 4.4). Reagiert das Kind positiv auf die Psychoedukation, kann es unterstützt werden, die oft tabuisierte Krankheit in der Familie zu thematisieren. Lenz (2010) weist darauf hin, dass die Psychoedukation im Idealfall in einem Familiengespräch stattfindet (S. 189). Im Fall einer Tabuisierung der Krankheit und aufgrund fehlender Krankheitseinsicht der Eltern (vgl. Kapitel 2.3.2) ist dieser Idealfall jedoch nicht möglich.

5.4.2 Stärkung des Kindes

Der Erklärungsansatz der Resilienz zeigt auf, dass sich Kinder mit psychisch kranken Eltern und damit verbundenen schwierigen Lebenssituationen trotzdem gesund entwickeln können. Wesentlich dafür sind vorhandene Schutzfaktoren, welche die Abwendung von Risikofaktoren begünstigen. Für betroffene Kinder ist nebst der Psychoedukation die Stärkung eines positiven Selbstkonzeptes wichtig. (vgl. Kapitel 3) Vom Ansatz der ökologischen Entwicklungstheorie her ist ersichtlich, dass Kinder durch krankheitsbedingtes unangemessenes Verhalten ihrer Eltern in ihrem Selbstvertrauen geschwächt sein können (vgl. Kapitel 4.1.2). Es ist deshalb für betroffene Kinder wesentlich, dass sie unterstützt werden ihr Selbstvertrauen und ihre Selbstwirksamkeit zu stärken. Eine solche Unterstützung können die Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienste oder selbstständig arbeitende Therapeutinnen und Therapeuten anbieten. Externe Tagesstrukturangebote für Kinder oder auch Freizeitaktivitäten können zudem unterstützend wirken, die Kinder in ihrem Selbstwert zu stärken.

Problemlösekompetenz

Eine hohe Problemlösekompetenz kann das positive Selbstkonzept als kindzentrierter Schutzfaktor (vgl. Kapitel 3.2.1) stärken. Lenz (2010) betont, dass das Lösen von Problemen eine Kompetenz in der Stressbewältigung darstellt. Das ist ein bewusster Prozess, in dem eine konkrete Handlung zur Lösung eines Problems aus verschiedenen Möglichkeiten ausgewählt wird. Ab dem Schulalter kann ein Problemlösetraining die Problemlösekompetenz stärken. Ab diesem Alter verfügen die Kinder über die denkerische Fähigkeit zu unterscheiden, zu planen, Problem und Bewältigung miteinander in Verbindung zu setzen, Emotionen bewusst wahr zu nehmen und sich selbst zu bewerten. Als wichtigster Punkt sollte beim Kind und bei den Eltern der Wunsch nach einer Veränderung vorhanden sein. Unterscheiden sich

die Problemansichten von Kind und Eltern, müssen die Eltern unbedingt auf die Problemwahrnehmung des Kindes sensibilisiert werden. Im Alltag des Kindes kann ein Hilfsmittel den Umgang mit Problemen erleichtern. (S. 138-140) Gudrun Görlitz (2007) schlägt als Hilfsmittel den „Problemtopf“ vor. Dem Kind wird erklärt, dass im Topf wie in einem Suppentopf die Probleme des Kindes der letzten Wochen gelandet sind. Das Kind soll die Probleme benennen, währenddem die Fachperson seine Aufzählungen aufschreibt und gleichzeitig nach seinen Gefühlen fragt. (zit. in Lenz, 2010, S. 140-141) Dieser „Problemtopf“ kann die Sozialarbeit im Kinderschutzkontext in Abklärungs- oder Standortgesprächen mit Kindern anwenden um die Situation des Kindes zu erfassen. Dabei muss berücksichtigt werden, dass nicht nur die negativen Aspekte gesammelt, sondern auch die Ressourcen mit dem Kind thematisiert werden.

5.4.3 Stärkung der Erziehungskompetenz

Die eingeschränkte Erziehungskompetenz mit Ursachen wie mangelndes Einfühlungsvermögen, fehlendes oder unangepasstes Interaktionsverhalten, eingeschränkte Beziehungs- und Kommunikationsfähigkeit und eine allgemeine Überforderung in der Strukturierung und Organisation des Alltags ist ein Risikofaktor von Kindern mit psychisch kranken Eltern (vgl. Kapitel 2.4.5). Aus dem ökologischen Entwicklungsansatz wird gefolgert, dass dieser Risikofaktor das Kind in seiner Entwicklung einschränken kann (vgl. Kapitel 4.1.2). Aus diesem Grund ist es wichtig, dass die Eltern in ihrer Erziehungskompetenz gestärkt werden. Die Sozialarbeit kann im Rahmen des Kinderschutzkontextes diesen Auftrag nur sehr beschränkt ausführen. Sie muss den Auftrag an Fachpersonen der Sozialpädagogik vermitteln und die Ausführung überprüfen. Anja Lexow, Meike Wiese und Kurt Hahlweg (2008) weisen darauf hin, dass mit psychisch kranken Eltern in der ambulanten Psychotherapie Erziehungsstrategien geübt werden können um ihre Erziehungskompetenz zu stärken (S. 104).

Nachfolgend werden Methoden beschrieben, welche Sozialarbeitende im Kinderschutzkontext in der Beratung mit den Eltern anwenden können.

Emotionen steuern

Betroffene Eltern sind teilweise in ihrer Erziehungskompetenz eingeschränkt und ihrem Kommunikationsverhalten beeinträchtigt (vgl. Kapitel 2.4.5). Es kann deshalb sein, dass sie in Stresssituationen aus Überforderung oder mangels Alternativen gegenüber ihren Kindern negativ reagieren. Cassée (2010) schlägt ein Instrument zur Deeskalation von Situationen vor. Dabei ist die Erarbeitung des Instrumentes ein wesentlicher Teil des neuen Umganges mit Belastungssituationen. Gemeinsam mit einer Fachperson werden auf einem Karton auf der Vorderseite ein Thermometer und auf der Rückseite eine Erste-Hilfe-Karte erstellt. Der Thermometer enthält eingeteilt in Stufen 1-10 verschiedene Gefühle. Je belastender und

intensiver ein Gefühl ist, desto höher ist es auf dem Thermometer. Auf diesem wird festgehalten, welche Stufe die Gefahrenzone für eine Eskalation ist und eine entlastende Handlung verlangt. Auf dieser Stufe wird auf die Erste-Hilfe-Karte auf der Rückseite verwiesen. Für diese Karte werden alternative Handlungen gesammelt. Solche können die Nachbarn kontaktieren, spazieren gehen oder Fachperson anrufen sein. Die Anwendung des Instrumentes sollte geübt und täglich durch Einstufung der Gefühlslage auf dem Thermometer angewendet werden. (S. 181-184)

Aufgabenerleichterung

Betroffene Kinder übernehmen zur Strukturierung des familiären Alltags und Entlastung der Familie oft Aufgaben der psychisch kranken Eltern (vgl. Kapitel 2.3.1). Cassée (2010) hält dazu fest, dass einzelne Familienmitglieder häufig an zu leistenden Aufgaben scheitern und dadurch immer wieder entmutigt werden. Fachpersonen können Eltern zur Aufgabenerledigung Unterstützung anbieten. Dabei sollen Betroffene jedoch nicht entmündigt oder in eine Abhängigkeit gebracht werden. Eine direkte Aufgabenerleichterung können Fachpersonen anbieten, indem sie einen Elternteil an ein Gespräch begleiten oder das Gespräch organisieren. Eine virtuelle Aufgabenerleichterung findet statt, wenn Fachpersonen eine Aufgabe im vorab mit den Betroffenen besprechen, befürchtete Schwierigkeiten diskutieren und gemeinsam Handlungsvorschläge erarbeiten. Bei neuen Aufgaben erleichtert es teilweise auch, wenn die Fachperson zusammen mit der betroffenen Person die Teilaufgaben bespricht, terminiert und aufschreibt. (S. 169-170)

5.5 Familienorientierte Interventionen

In diesem Kapitel werden Interventionen vorgestellt, welche im Lebensbereich der Familie der betroffenen Kinder wesentlich erscheinen. Nachfolgend wird auf die Themen Kommunikation und Beziehungen sowie akute Krise in der Familie eingegangen.

5.5.1 Kommunikation und Beziehungen in der Familie

Ein positiver Kommunikationsstil in der Familie stärkt die familienzentrierten Schutzfaktoren eines Kindes (vgl. Kapitel 3.2.2). Die Autorinnen gehen davon aus, dass eine wertschätzende Kommunikation innerhalb der Familie weitere Schutzfaktoren wie soziale Kompetenzen und ein positives Selbstkonzept (vgl. Kapitel 3.2.1) unterstützen. Die wertschätzende Kommunikation ist mit seiner Wirkung auf ein positives Erziehungsklima (vgl. Kapitel 3.2.2) gleichzeitig selbst ein Schutzfaktor für das Kind. Eine solche Kommunikation kann die familiäre Krankheitsbewältigung als weiteren wichtigen Schutzfaktor (vgl. Kapitel 3.2.4) fördern. Der ökologische Erklärungsansatz zeigt auf, dass eine wertschätzende offene Kommunikation die Bildung einer Primäryade im Sinne einer emotionalen Bindung unterstützt, welche für

die Entwicklung des Kindes wesentlich ist (vgl. Kapitel 4.1.2). Die Kommunikation kann den relevanten Schutzfaktor einer emotionalen Bindung an einen Elternteil (vgl. Kapitel 3.2.2) begünstigen, da eine positive Kommunikation den Beziehungsaufbau verstärkt.

Kommunikationstraining

Wenn die familiäre Kommunikation stark defizitär ist, kann ein Kommunikationstraining im therapeutischen Setting positive Folgen für alle Familienmitglieder bewirken. Görlitz (2005) schlägt für eine wertschätzende Kommunikation eine Übung vor, in welcher Kritik in Wünsche und Lösungen umgewandelt wird. Zum Beispiel kann die Aussage: „immer bist du so zapplig“ in den Lösungsansatz „wenn du dich bewegen möchtest, gehe doch für 30 Minuten raus und tobe dich aus“ verwandelt werden. (zit. in Görlitz, 2007, S. 141) Diese Übung kann auch im sozialarbeiterischen Setting als Kommunikationsrichtlinie eingesetzt werden.

Familienkonferenz

Wenn die Familienmitglieder über kommunikative Fähigkeiten verfügen, kann die im sozialarbeiterischen Setting einmalig eingeführte Familienkonferenz die familiäre Kommunikation zusätzlich stärken. Sind die Kommunikationsdefizite einzelner Familienmitglieder jedoch gross, könnten sie an den Anforderungen der Konferenz ohne langfristige fachliche Begleitung scheitern. Görlitz (2007) beschreibt die Familienkonferenz in Anlehnung an die Methode von Gordon, 1980, und Petermann und Petermann, 1997. Die Familienkonferenz bietet der Familie die Möglichkeit, Alltagsprobleme und Konflikte konstruktiv zu besprechen. Die einzelnen Familienmitglieder lernen dabei Kommunikationsregeln und Problembewältigungsstrategien sowie Eigenverantwortung zu übernehmen. Wesentlich für die Konferenz sind schriftliche Regeln sowie ein fixer Ablauf. Die Konferenz sollte regelmässig stattfinden. Immer wieder ein anderes Familienmitglied übernimmt eine der Aufgaben wie Leitung der Konferenz, Einhalten der Regeln und Protokoll schreiben. Am Anfang der Sitzung oder in einem Briefkasten werden Themen gesammelt. Wichtig ist, dass von allen Familienmitgliedern Themen behandelt werden. (S. 136-138)

Stärkung der familiären Beziehungen

Einige Übungen zur Stärkung der Beziehung zwischen Eltern und Kind sind alltagsnah und können im sozialarbeiterischen Setting deshalb gut als Aufgabe für die Familie vorgeschlagen werden. Steiner und Berg (2011) beschreiben die Übung der „magischen fünf Minuten“ damit, dass die Eltern sich täglich fünf Minuten für das Kind Zeit nehmen. Dies unabhängig davon, ob der Tag gut oder schlecht verlaufen ist. In diesen fünf Minuten darf das Kind wünschen, was es mit den Eltern machen möchte. Das „Kräfte messen“ ist eine Übung zum spielerischen Umgang mit den verschiedenen Kräfteverhältnissen. Täglich gestaltet ein Elternteil einen sportlichen Wettbewerb. Im Spiel geht es nicht ums Gewinnen, sondern

darum, dass das Kräfteressen stattfindet und kontrolliert wird. Das Kind kann zum Beispiel die Stoppuhr stellen und damit den Kampf beenden. (S. 138)

5.5.2 Akute Krise in der Familie

Wie in den Lebenssituationen betroffener Kinder beschrieben, werden Kinder immer wieder mit Krisen der Eltern konfrontiert. Elterliche Krisen können einen plötzlichen Klinikaufenthalt des kranken Elternteiles zur Folge haben. (vgl. Kapitel 2.3.5) Dem ökologischen Entwicklungsansatz wird entnommen, dass Kinder in diesen Situationen emotional und physisch entlastet werden sollten. Andernfalls besteht die Gefahr zur Entwicklung von negativen Lebensverläufen. (vgl. Kapitel 4.5.2) Im Zusammenhang mit der Entlastung in Krisen wird eine ausserfamiliäre nahe Bezugsperson sehr wichtig. Diese kann zum Zeitpunkt der Krise für das Kind eine zuverlässige Kontaktperson sein.

Krisenplan

Im Kapitel 5.6 wird die Zusammenarbeit mit sozialen und professionellen Ressourcen beschrieben. In Kooperation mit der Familie, dem Umfeld und dem Helfersystem sollte für den Fall von Krisen ein Krisenplan erstellt werden. Auf diese Weise kann das ganze System mögliche Unterstützung und Entlastung für das Kind und seine Familie anbieten. Lenz (2010) hält fest, dass in einem Krisenplan eine oder mehrere Vertrauenspersonen für das Kind sowie ihre Aufgaben im Fall einer Krise der Eltern aufgeführt werden. Das Kind soll dem Krisenplan entnehmen können, wie und wo das Kind mit der Vertrauensperson Kontakt aufnehmen kann. Ein Plan bietet dem Kind Sicherheit und entlastet es zudem von Schamgefühlen bei der Annahme von Hilfe. (S. 172) Lenz schlägt vor, je einen Krisenplan für das Kind (siehe Anhang B) und einen für die Vertrauensperson (siehe Anhang C) zu erstellen.

Krisenintervention

Sofern präventiv ein Krisenplan erstellt wird, haben die Kinder und andere involvierte Personen bei Krisen konkrete Ansprechpersonen und eine Vorstellung von den Massnahmen. Es kann jedoch trotzdem eine unerwartete Situation auftreten, bei welcher Sozialarbeitende als KrisenmanagerInnen intervenieren müssen. Aus diesem Grund werden anhand des 7-Punkte-Modells von Ulrich Schnyder wesentliche Handlungsschritte einer Krisenintervention beschrieben. Schnyder hat sein Modell im therapeutischen Kontext zur ambulanten Krisenintervention verfasst. Das Modell wurde ausgewählt, weil es sich für die Umsetzung von sozialarbeiterischen Interventionen eignet. Die Autorinnen halten jedoch fest, dass Sozialarbeitende spätestens ab dem Punkt Problembearbeitung keine Funktion mehr in der Begleitung des erkrankten Elternteils haben, sondern für die Vernetzung mit therapeutischen Fachpersonen zuständig sind. Schnyder (1993) beschreibt folgende sieben Punkte in seinem Modell:

1) *Kontakt herstellen*: Personen in der akuten Krise und Beteiligte sind emotional sehr belastet. Um eine konstruktive Gesprächssituation zu schaffen, müssen Betroffene in einem ersten Schritt auf der emotionalen Ebene angesprochen werden (Frage: wie geht es Ihnen?). Ziel der Kontaktaufnahme ist, Ruhe und Klarheit in die Situation zu bringen. (Fragen: wo kann das Gespräch stattfinden; wer soll am Gespräch dabei sein?).

2) *Problemanalyse*: Im Gespräch soll eruiert werden, was aktuelle Schwierigkeiten und Krisenauslöser sind. Zur Beurteilung der Situation dient das Identitätskonzept von Hilarion Petzold, 1984. Petzold spricht von fünf Säulen der Identität: Leiblichkeit, soziales Netzwerk, Arbeit und Leistung, materielle Sicherheit und Werte und Normen. Je mehr Säulen in der Krise betroffen und instabil sind, desto belasteter und gefährdeter ist die betroffene Person. Nach der Beurteilung der Belastung wird nach Bewältigungsstrategien und Ressourcen gefragt.

3) *Problemdefinition*: In dieser Phase werden bisherige Lösungsversuche besprochen. Zudem findet eine Einschätzung statt, ob das Problem chronisch oder akut ist. Die Krise wird klar benannt, was für Betroffene oft eine Beruhigung der Situation bringt. Zudem müssen Fragen nach der Selbst- und Fremdgefährdung und nach verfügbaren professionellen und sozialen Ressourcen gestellt werden.

4) *Zieldefinition*: Es wird eine realisierbare Perspektive formuliert, welche in der absehbaren Zukunft erreicht werden soll.

5) *Problembearbeitung*: Im Laufe des Gesprächs können sich Probleme nochmals anders zeigen und neu gewichtet werden.

6) *Termination*: Eine Krise ist ein akuter Zustand. Deshalb sollte ein Abschluss der Krisenintervention früh angesprochen werden.

7) *Follow-up*: Schnyder schlägt zum Abschluss der Krisenintervention ein Rückblick auf den Ablauf der Krisenintervention vor (Fragen: was haben die Betroffenen aus der Krise mitgenommen und sind weitere zusätzliche Massnahmen notwendig?). (S. 57-72)

5.6 Netzwerkorientierte Intervention

Im folgenden Kapitel werden Interventionen und Methoden beschrieben, welche Sozialarbeitende im Kinderschutzkontext zur Erschliessung und Aufrechterhaltung von Helfersystemen und zur Herstellung von Kooperationen einsetzen können. Der Aufbau von und die Zusammenarbeit mit einem Netzwerk ist für Sozialarbeitende im Kinderschutzkontext eine sehr wichtige Aufgabe. Dies darum, weil sie aufgrund ihres Mandatsauftrages die Fallführung für die Familiensituation eines Kindes haben. Um das Kindeswohl sicherzustellen sind Sozialarbeitende auf die Zusammenarbeit mit dem familiären Umfeld angewiesen. Aus Sicht der ökologischen Entwicklungstheorie ist die Zusammenarbeit mit dem privaten und professio-

nellen Netzwerk aus verschiedenen Gründen wichtig. Einerseits fördern die optimalen Bedingungen im Mesosystem wie Begleitung durch eine nahe Bezugsperson, Rollenkompatibilität und eine offene Kommunikation das Kind in der Erweiterung seiner Lebensbereiche. Dies beeinflusst die Entwicklung des Kindes positiv. Bei betroffenen Kindern sind diese Bedingungen jedoch oft nicht ausreichend vorhanden. (vgl. Kapitel 4.2) Andererseits haben betroffene Kinder in ihrem Exosystem keinen direkten Kontakt oder Zugang zu den Lebensbereichen der Eltern wie zum Beispiel der Erwachsenenpsychiatrie. Die Lebensbereiche der Eltern haben jedoch trotzdem Auswirkungen auf die Kinder in ihrer Entwicklung. Insbesondere kann eine fehlende Krankheitseinsicht der Eltern die Stärkung der elterlichen Erziehungskompetenz durch das Versorgungssystem Erwachsenenpsychiatrie erschweren oder gar verhindern. (vgl. Kapitel 4.3) Sozialarbeitende können durch den Einbezug von privaten und professionellen Netzwerken als Ressourcen sowie mit der Förderung einer offenen Kommunikation die Bedingungen im Mesosystem verbessern und die Auswirkungen im Exosystem positiv steuern. Vom Ansatz der Resilienz aus betrachtet ist die Erschließung von sozialer Unterstützung als Schutzfaktor und die Stärkung der psychosozialen Faktoren wie Wohnsituation und ökonomische Verhältnisse der Familie resilienzfördernd (vgl. Kapitel 3.2.3, 3.2.4). Das folgende Kapitel wird aufgrund der verschiedenen Ressourcenmöglichkeiten und der unterschiedlichen Art der Zusammenarbeit in soziales Umfeld als privates Netzwerk und professionelle Ressourcen als professionelles Netzwerk unterteilt.

5.6.1 Soziales Umfeld als Ressource

Soziale Unterstützung durch ausserfamiliäre Kontakte ist ein Schutzfaktor für psychische Störungen (vgl. Kapitel 3.2.3). Nach dem ökologischen Entwicklungsansatz zeigt sich das soziale Netzwerk eines Kindes als wesentlich in der Entwicklung. Können die Eltern zuhause ihre Erziehungs- und Beziehungsaufgaben nur beschränkt wahrnehmen, kann das soziale Umfeld diese Aufgaben teilweise übernehmen. Im Zusammenhang mit der Parentifizierung kann das soziale Umfeld dem Kind Raum bieten seine Kinderrolle auszuleben. Das soziale Netzwerk kann für das Kind ein Ort für Gespräche, zum Lernen und als Rückzugsmöglichkeit sein, sofern das Umfeld über die elterliche Erkrankung und die Familiensituation informiert ist. Wichtig für die Entwicklung des Kindes ist, dass die verschiedenen Lebensbereiche des Kindes gegenseitig informiert sind und miteinander kommunizieren. (vgl. Kapitel 4.1, 4.2) Nachfolgend werden die Patenschaften sowie moderierte Sitzungen als Interventionen vorgestellt um das soziale Umfeld in das System des Kindes einzubinden.

Patenschaften

Ungünstige Bedingungen und wiederholende belastende Ereignissen können bei Kindern von psychisch kranken Eltern zu einer kumulierten Biographie führen (vgl. Kapitel 4.5.2). Nach Horst-Volkmar Trepte (2006) bezwecken Patenschaften, dass Kinder in belastenden

Krankheitsphasen ihrer psychisch kranken Eltern eine Bezugsperson ausserhalb der Kernfamilie haben. Zudem können Patinnen und Paten in Krankheitsphasen der Eltern einspringen, die elterlichen Aufgaben übernehmen und bei stationären Aufenthalten der Eltern das Umfeld des Kindes gewährleisten. Patenschaften sollen die elterliche Erziehung nicht ersetzen und keine Konkurrenz zur Kernfamilie bilden. (zit. in Trepte, 2008, S. 83) Trepte (2008) hält fest, dass keine Dauerpflege der Kinder bei Patinnen und Paten vorgesehen ist. Das Patenmodell soll eine Entlastung der erkrankten Eltern sein und damit die Eltern-Kind-Beziehung unterstützen. Das Patenschaftsmodell unterstützt den Aufbau von sozialen Ressourcen der Familie. Die ausserfamiliären Beziehungssysteme wirken den Rückzugstendenzen wie Misstrauen, Kommunikationsverbot und Schamgefühlen der Kernfamilie entgegen. (S. 83, 84-85)

Moderierte Sitzungen

Neuffer (2009) beschreibt im Rahmen von Case Management in der Sozialen Arbeit, dass Fallverantwortliche häufig Sitzungsleitende in moderierten Sitzungen wie der Netzwerk- oder Helferkonferenz sind. Dabei ist ihre Funktion häufig eine Mischform zwischen Fallverantwortung und Moderation. Die Mischform ergibt sich aus der Parteilichkeit der fallführenden Person für den Institutionsauftrag und die Klientel. Eine gut moderierte Sitzung verläuft systematisch, ist zeiteffizient und bezieht alle Beteiligten in die Meinungsbildung und bei der Suche nach Lösungen ein. Damit wird die Wahrscheinlichkeit von realisierbaren Lösungen erhöht. Wie in diesem Kapitel teilweise noch weiter ausgeführt, sind in der Moderationsfunktion folgende Regeln zu beachten: Sitzungsstruktur erstellen und durchführen, Ziel der Sitzung festlegen und prüfen, Kommunikationsregeln aufstellen und durchsetzen, mittels systemischen Fragen gegenseitige Kommunikation fördern, Wichtiges zusammenfassend wiederholen und Ergebnisse visualisieren. Zur Strukturierung des Hilfeplanes sollten zum Abschluss der Sitzung folgende Fragen beantwortet werden: Was ist die Situation? Welche Massnahmen werden geplant? Wer macht was und bis wann? Wann sind Massnahmen erfolgreich? (S. 213-215)

Netzwerkkonferenz als moderierte Sitzung

Neuffer (2009) beschreibt die Netzwerkkonferenz als Sitzungsinstrument, um bis zu 15 nichtprofessionelle Personen aus dem Umfeld von betroffenen Personen zusammenzuführen. Netzwerkkonferenzen zeigen die sozialen Ressourcen des Umfeldes transparent auf. Zudem kann - um Ziele zu erreichen - Unterstützung aus dem sozialen Umfeld mobilisiert und koordiniert werden. Die fallführende Fachperson bespricht mit der Klientel die einzuladenden Personen und lädt diese ein. Es werden nur diejenigen Personen eingeladen, welche grundsätzlich eine positive Einstellung gegenüber den Betroffenen haben. Die Sitzung wird von der fallführenden Person moderiert und mit einer Aufwärmphase eröffnet. In dieser

Zeit können sich die Sitzungsteilnehmenden persönlich begrüßen. Eine kurze Schilderung der Situation durch die Fachperson bringt alle auf denselben Wissensstand. Wichtig ist der Hinweis auf Vertraulichkeit der besprochenen Themen zum Schutz der Betroffenen. In einer ersten Runde erläutern alle eingeladenen Personen ihre Sichtweise der Situation und ihre Motivation für eine Unterstützung. Diese Runde kann für Betroffene sehr emotional und belastend sein. Aus diesem Grund muss die Fachperson das Gespräch so moderieren, dass die Aussagen positiv und klar formuliert sind. Sie kann neue Formulierungsweisen wählen oder mittels nachfragen die Aussagen differenzieren. In einer nächsten Runde sollen die Involvierten ihre Unterstützungsmöglichkeiten konkret formulieren. Diese Runde ist oft sehr motivierend für alle Beteiligten. Im Schlussteil der Konferenz fasst die Fachperson sämtliche Unterstützungsangebote zusammen und koordiniert sie. Alle Beteiligten unterschreiben anschliessend eine Netzwerkvereinbarung, in welcher die konkreten Aktivitäten festgehalten sind. Zum Abschluss informiert die Fachperson, dass sie nach der Konferenz die vereinbarten Aktivitäten verfolgen wird. Allenfalls kann zu einem späteren Zeitpunkt eine weitere Konferenz zur Neubewertung und Realisierbarkeit von Unterstützungsmöglichkeiten einberufen werden. (S. 211-212)

5.6.2 Professionelle Ressourcen

Von der ökologischen Entwicklungstheorie wird abgeleitet, dass eine Zusammenarbeit mit dem professionellen Netzwerk der psychisch kranken Eltern das Kind vor den Auswirkungen der Mehrfachproblematiken der Eltern entlasten kann (vgl. Kapitel 4.3). Die Zusammenarbeit ist einerseits wichtig im Zusammenhang mit Klinikaufenthalten und der psychiatrischen Begleitung der Eltern, andererseits im Zusammenhang mit der finanziellen Ressourcenerschließung. In betroffenen Familien sind psychosoziale Belastungen häufig Risikofaktoren für das Kind, welche auch zu Vernachlässigungen und Misshandlungen führen können (vgl. Kapitel 2.4.6). Die Autorinnen folgern daraus, dass die Eltern und Kinder in vielen Fällen nur dann von einer Unterstützung profitieren können, wenn die Existenz der Familie gesichert ist. Der ökologische Entwicklungsansatz zeigt, dass betroffene Kinder in ihrer Entwicklung häufig auf weitere Lebensbereiche als den der Familie angewiesen sind um die Parentifizierung abzuwenden und ihre Kinderrolle ausleben zu können (vgl. Kapitel 4.1). Damit sie lernen und gefördert werden können, sind die Kinder auf ausserfamiliäre erwachsene Vertrauenspersonen und Vorbilder angewiesen. Vom Resilienzansatz aus sind ausserfamiliäre Kontakte mit anderen Kindern und Erwachsenen ein wesentlicher Schutzfaktor (vgl. Kapitel 3.2.3). Diese Beziehungen können nicht nur auf privater Basis, sondern auch bei Kontakten in Institutionen aufgebaut werden. Anschliessend werden die verschiedenen Versorgungssysteme im Sinne des professionellen Netzwerkes als Unterstützungs- und Entlastungsangebote in einer

Tabelle dargestellt. Im Anschluss wird die Helferkonferenz als weitere moderierte Sitzung zur Koordination der verschiedenen Versorgungssysteme vorgestellt.

Versorgungssysteme

Betroffene Familien können durch die Zusammenarbeit mit verschiedenen Institutionen entlastet und unterstützt werden. Nachfolgend werden Institutionen und Angebote aufgeführt, um die Spannweite der verschiedenen Versorgungssysteme aufzuzeigen. Die Aufzählung ist nicht als vollständig zu betrachten.

Versorgungssystem	Institutionen
existenzsichernd / gesetzlich	<ul style="list-style-type: none"> • Soziale Dienste • Arbeitslosenamt • Sozialversicherungen, z.B. Invalidenversicherung • Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde
psychiatrisch	<p>Die Angebote sind meist aufgeteilt in Erwachsenenpsychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Psychiatrische Klinik • Therapeuten und Therapeutinnen • Ambulante Dienste wie Sozialberatungen, Wohnbegleitungen, Gruppenangebote, Tageskliniken, Tagesstruktur- und Freizeitangebote
familienorientiert	<ul style="list-style-type: none"> • Sozialpädagogische Familienbegleitungen • Mutter-Kind-Angebote und Vater-Kind-Angebote
betreuungsorientiert	<ul style="list-style-type: none"> • Kinderkrippen • Tagesfamilien • Pflegefamilien • Kinderheime
schulisch	<ul style="list-style-type: none"> • Kindergarten, Schule • Schulsozialarbeit • Tagesschulen

Tabelle 3: Übersicht Institutionen und Angebote für Familien mit psychisch kranken Eltern (eigene Darstellung)

Helferkonferenz als moderierte Sitzung

Hermann Bullinger und Jürgen Nowak (1998) weisen daraufhin, dass Helferkonferenzen in Situationen mit verschiedenen Professionellen in einem Helfersystem sinnvoll sind zur Abstimmung der Hilfsmassnahmen (S. 193). Burkhard Kensy (1984) kommentiert, dass die Teilnahme der Betroffenen an der Helferkonferenz sehr wichtig ist und die ausgeübte Kon-

trolle des Helfersystems dadurch transparent wird. Mit einer Helferkonferenz können Professionelle den Konflikt zwischen Datenschutz und vernetztem Arbeiten mit dem professionellen Helfersystem auflösen. Kensy (1984) und Florian Strauss (1992) formulieren die wichtigsten Punkte der Helferkonferenz: Betroffene sind Subjekte und keine Objekte des Helfersystems, Austausch der Sichtweisen zwischen Betroffenen und Professionellen, Berücksichtigung der Bedürfnisse der Betroffenen, Förderung der Selbstverantwortung, Abbau der Kontrollfunktion, Vorgehen und Massnahmen gemeinsam mit Betroffenen erarbeiten und Effektivität steigern durch klare Abmachungen und Kooperation zwischen den verschiedenen Professionellen. Strauss (1992) hat Fragen für die Helferkonferenz ausgearbeitet: Wo wird von den einzelnen Personen das Problem gesehen? Wer steuert welches Ziel an? Wie wird zwischen HelferInnen und Betroffenen gegenseitig die Beziehung wahrgenommen? Wer kann was anbieten? Wer denkt, wo zusätzlich etwas unternommen werden sollte und wer könnte das tun? Wer kann sich auf welche Abmachungen einlassen? Welche Lösungen können alle mittragen? (zit. in Bullinger & Nowak, 1998, S. 193-194) Bullinger und Nowak (1998) betonen, dass zwischen den Helfern und Helferinnen verschiedene Aufträge sowie Sicht- und Arbeitsweisen zu Rivalitäten, Vorurteilen und Schwierigkeiten in der Zusammenarbeit führen können. Um trotzdem einvernehmliche und realisierbare Lösungen für die betroffene Familie zu finden sind gegenseitiger Respekt, eine offene Atmosphäre und die Bereitschaft Lösungen auszudiskutieren sehr wichtig. (S. 195)

5.7 Fazit und Beantwortung der Hauptfrage A

Das fünfte Kapitel befasst sich mit der Hauptfrage A der vorliegenden Bachelorarbeit, welche Interventionen sich für Sozialarbeitende im zivilrechtlichen Kinderschutzkontext zur Unterstützung der Entwicklung von Kindern mit psychisch kranken Eltern ergeben. Bei der Bearbeitung der Hauptfrage stellen die Autorinnen fest, dass auf der subjekt-, familien- und netzwerkorientierten Ebene Interventionsmöglichkeiten der Sozialarbeit im zivilrechtlichen Kinderschutzkontext bestehen. Die Sozialarbeit hat dabei oft die Aufgabe die Interventionen zu organisieren und zu koordinieren. Viele der Interventionen können durch therapeutische und sozialpädagogische Angebote abgedeckt werden. Hauptauftrag der Sozialarbeit ist die Fallführung des gesamten Helfersystems. Diese leiten die Autorinnen aufgrund der folgenden Ausführungen aus diesem Kapitel ab.

Sozialarbeit im zivilrechtlichen Kinderschutzkontext gehört zur gesetzlichen Sozialarbeit und hat ihren Handlungsrahmen im Zwangskontext. Der Kinderschutz legt die Basis zur Förderung der Entwicklung des Kindes und zum Schutz vor Kindeswohlgefährdungen. Im zivilrechtlichen Kinderschutz ist das Kindeswohl als rechtlicher Begriff im ZGB verankert. Eine Kindeswohlgefährdung liegt vor, wenn das körperliche, sittliche, geistige oder psychische

Wohl des Kindes beeinträchtigt ist. Sozialarbeitende im zivilrechtlichen Kinderschutzkontext handeln im Rahmen des öffentlichen Rechts im Auftrag der Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde. Die Klientel ist oft nicht freiwillig sondern aus Zwang im Kontakt mit den Sozialarbeitenden. Der Berufskodex der Sozialen Arbeit definiert für Sozialarbeitende in ihrem Handeln Grundwerte und Prinzipien unter anderem Selbstbestimmung, Partizipation und Ermächtigung. Diese können in einem Widerspruch zum gesetzlichen Auftrag stehen und erfordern von den Sozialarbeitenden im Umgang mit dem Doppelauftrag von Hilfe und Kontrolle ausreichend Methoden- und Fachkompetenz. (vgl. Kapitel 5.1) Betroffene Eltern können aufgrund von freiwilligen Unterstützungsangeboten Hilfe annehmen oder müssen aufgrund einer festgestellten Gefährdungssituation gesetzliche Massnahmen akzeptieren. Sozialarbeitende sind darin gefordert angemessene und unterstützende Interventionen vorzuschlagen und diese mit den Eltern beziehungsweise der ganzen Familien und dem allenfalls vorhandenen Umfeld umzusetzen. Aufgrund vorhandener Stigmatisierung, fehlender Krankheitseinsicht und Einschränkung in der eigenen Handlungskompetenz aufgrund der psychischen Erkrankung (vgl. Kapitel 1.1) ist davon auszugehen, dass psychisch kranke Eltern häufig mit Widerstand reagieren und sich die Zusammenarbeit entsprechend schwierig gestaltet.

Aufgrund verschiedener Risikofaktoren bei Kindern mit psychisch kranken Eltern (vgl. Kapitel 2.4) kann im Einzelfall eine Gefährdungssituation vorliegen. Um die Gefährdung einschätzen und allfällige Interventionen begründen zu können, müssen alle erforderlichen Informationen zusammengetragen werden. Bei betroffenen Kindern sind folgende Faktoren zur Einschätzung der Gefährdungssituation wesentlich: Risikofaktoren sowie kindzentrierte, familienzentrierte und soziale Schutzfaktoren, Schweregrad, Symptome und Auswirkungen der psychischen Krankheit der Eltern inklusive Erziehungskompetenz, Kommunikations- und Beziehungsfähigkeit der Eltern sowie Entwicklungsstand des Kindes. Zur Visualisierung der privaten und institutionellen Beziehungen des Kindes eignen sich das Sozio- und das Ecogramm. Familienstrukturen können mittels Genogramm übersichtlich aufgezeichnet werden. Die Beurteilung der Kindeswohlgefährdung erfolgt durch Abwägen aller vorhandenen Informationen. (vgl. Kapitel 5.2) Dabei sind sichere Beziehungen, eine altersgerechte Information über die psychische Krankheit der Eltern sowie ein offener Umgang mit der Krankheit in der ganzen Familie besonders wichtige Schutzfaktoren (vgl. Kapitel 3.2.4). Aufgrund der Gefährdungseinschätzung kann die Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde Interventionen mittels gesetzlichen Massnahmen anordnen.

In der Phase des Diagnostikverfahrens sowie in der Ausführung von gesetzlichen Massnahmen sind Sozialarbeitende immer wieder mit den Kindern und Eltern im direkten Kontakt.

Dabei sind Gespräche mit Kindern für die Ausübung ihres Selbstbestimmungsrechtes und für die direkte Information vom Kind über sein persönliches Erleben der Situation wichtig. Im Gespräch mit Kindern kann der lösungsorientierte Ansatz angewendet werden. Dabei sollten die einzelnen Fragetechniken jeweils dem Alter und Entwicklungsstand des Kindes angepasst sein. (vgl. Kapitel 5.3.1) Bei Kindern mit psychisch kranken Eltern ist ein direktes Gespräch mit Kindern besonders wichtig, da auf diese Weise das persönliche Erleben, die individuelle Belastungssituation und die kindlichen Schutzfaktoren erfasst werden können. Im Gespräch mit betroffenen Eltern müssen Sozialarbeitende davon ausgehen, dass diese im Kontakt aus Angst oder fehlender Problemeinsicht Widerstand zeigen. Sozialarbeitende können die Methode der motivierenden Gesprächsführung anwenden, um mit den betroffenen Eltern an ihrer Motivation für eine Veränderung der aktuellen Lebenssituation zu arbeiten. Oft sind betroffene Eltern in der Phase, dass sie die aktuelle Situation anzweifeln, jedoch grosse Ängste und Unsicherheiten haben, welche sie hindern eine Veränderung anzunehmen. In dieser Phase müssen Sozialarbeitende im Gespräch Veränderungswünsche fördern, gleichzeitig auftretende Widersprüche aufzeigen, Widerstände akzeptieren und allenfalls umlenken und die Selbstwirksamkeit fördern. (vgl. Kapitel 5.3) Die Autorinnen haben zur Eingrenzung der vorliegenden Arbeit bewusst auf die Beschreibung der einzelnen Krankheitsbilder und Symptome sowie der störungsspezifischen Gesprächsmethodik inklusive der Handlungskompetenz im Umgang mit psychisch kranken Menschen verzichtet. Es wird an dieser Stelle jedoch darauf hingewiesen, dass eine Wissensgrundlage zu diesen Themen im direkten Kontakt mit betroffenen Eltern und zur Festlegung von umsetzbaren Interventionen unentbehrlich ist.

Bei der Recherche nach Interventionen im zivilrechtlichen Kinderschuttkontext bei Kindern mit psychisch kranken Eltern stellten die Autorinnen fest, dass das Thema „Kinder psychisch kranker Eltern“ in der Fachliteratur seit den letzten 20 Jahren aktiv diskutiert wird. Das vorhandene Wissen - vor allem in Bezug auf konkrete Interventionen - bezieht sich jedoch hauptsächlich auf den therapeutischen Kontext. Dementsprechend haben die Autorinnen bei ihrer Recherche kaum Literatur über die spezifische Zielgruppe für Sozialarbeitende im zivilrechtlichen Kinderschuttkontext gefunden. Zahlreiche aufgezeichnete therapeutische Interventionen für Kinder, Eltern oder die ganze Familie sind jedoch sehr wichtig. Subjekt- und familienorientierte Interventionen wie Psychoedukation, Entwicklung der Beziehungs- und Kommunikationsfähigkeit oder Stärkung des Kindes und der elterlichen Erziehungskompetenz sind von Sozialarbeitenden im zivilrechtlichen Kinderschuttkontext in Rahmen ihres Mandatsauftrages nicht oder lediglich eingeschränkt ausführbar. Im Sinne des Kindeswohls und ihres Auftrags müssen Sozialarbeitende andere Institutionen mit der Bearbeitung dieser Themen im Rahmen von therapeutischen oder sozialpädagogischen Interventionen beauf-

tragen und die entsprechende Finanzierung organisieren. Eingeleitete Interventionen sind nur dann langfristig für die Entwicklung des Kindes förderlich, wenn sie in die Lebensbereiche des Kindes integriert werden. Dies zeigt vor allem die ökologische Entwicklungstheorie anhand der Entwicklung durch molare Tätigkeiten und dem schrittweisen Aufbau von Beziehungen bis zur Primärdyade (vgl. Kapitel 4.1.1) auf. Entsprechend ist eine Koordination und Zusammenarbeit der verschiedenen involvierten Helfersysteme und Privatpersonen notwendig. Hier setzt die Funktion der Sozialarbeit im Kinderschutzkontext ein. Sie hat aufgrund ihres Schutzauftrags für das Kind die Fallführung in der betroffenen Familie. Auch wenn die Zusammenarbeit mit den einzelnen Familienmitgliedern für ein Arbeitsbündnis wichtig ist, so zeigt sich die Netzwerkarbeit als ebenso wichtige Aufgabe der Sozialarbeit in betroffenen Familien. Um die Netzwerkarbeit strukturiert und wirkungsvoll umzusetzen sind das Wissen über die Lebenssituation (vgl. Kapitel 2.3) und Entwicklungsaufgaben (vgl. Kapitel 2.2), die Resilienz (vgl. Kapitel 3) und die Zusammenhänge von Entwicklung und Umwelt (vgl. Kapitel 4) wesentlich. Aufgrund der komplexen Problemlage in Familien mit psychisch kranken Eltern besteht eine hohe Wahrscheinlichkeit, dass in der Familie immer wieder neue Problemfelder (Krankheitsschub, Arbeitsplatzverlust etc.) entstehen. Regelmässige Kontakte mit der Familie sowie dem übrigen Netzwerk sind wichtig um negative Entwicklungen wahr zu nehmen und allenfalls notwendige Interventionen einzuleiten.

Folgende Darstellung (vgl. Abbildung 5) gibt einen Überblick über die Anforderungen an die Fach- und Methodenkompetenz der Sozialarbeitenden sowie den Handlungsrahmen, die Interventionsmöglichkeiten und die zur Verfügung stehenden Versorgungssysteme der Sozialarbeit im Kinderschutzkontext. Die rot gekennzeichneten Kompetenzen werden in der vorliegenden Bachelorarbeit explizit nicht behandelt.

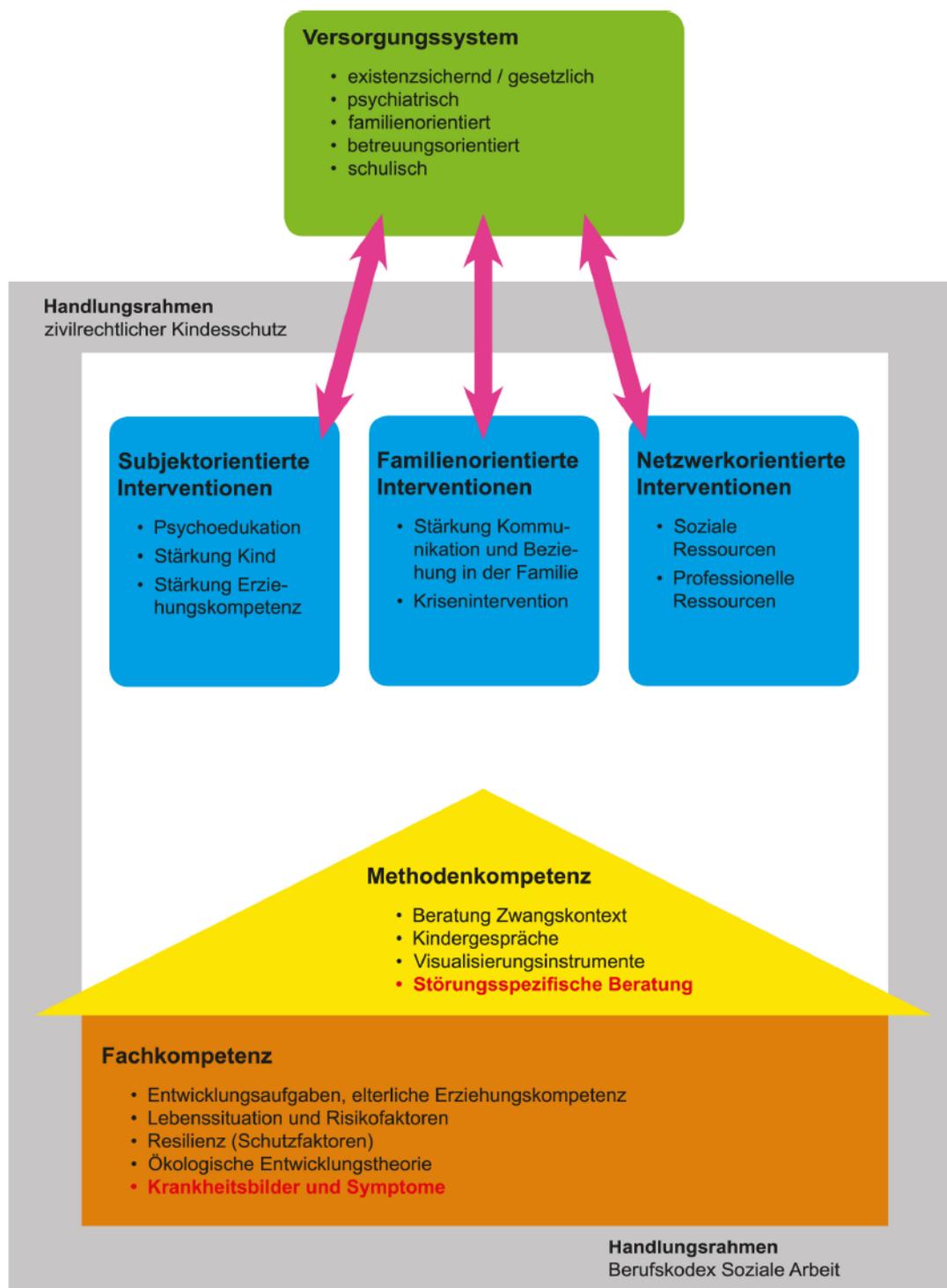


Abbildung 5: Sozialarbeit im zivilrechtlichen Kinderschutzkontext bei Kindern mit psychisch kranken Eltern (eigene Darstellung)

Nachdem im vorliegenden Kapitel die Hauptfrage A beantwortet wurde, werden im nächsten und letzten Kapitel Schlussfolgerungen aus den gewonnenen Erkenntnissen der gesamten Bachelorarbeit für die Sozialarbeit im Kinderschutzkontext mit Kindern von psychisch kranken Eltern gezogen.

6. Schlussfolgerungen

Im folgenden Schlusskapitel werden die Handlungsmöglichkeiten und -grenzen der Sozialarbeit im Handlungskontext des zivilrechtlichen Kindesschutzes bei Kindern mit psychisch kranken Eltern ausgeführt. Nach einem abschliessenden Fazit über die gewonnenen Erkenntnisse und der Orientierung an der Zielsetzung dieser Arbeit verweisen die Autorinnen auf erwünschte Handlungsansätze und Forschungsthemen.

6.1 Handlungsmöglichkeiten der Sozialarbeit

Sozialarbeitende im Handlungskontext des zivilrechtlichen Kindesschutzes (vgl. Kapitel 5.1) verfügen über Wissen zur Lebenssituation (vgl. Kapitel 2.3) und zu den Risikofaktoren (vgl. Kapitel 2.4) von Kindern mit psychisch kranken Eltern. Wesentlich für die Sozialarbeit ist auch das generelle Wissen über die Entwicklungsaufgaben von Kindern (vgl. Kapitel 2.2.1) und über die Erziehungskompetenz von Eltern (vgl. Kapitel 2.2.2). Der Resilienzansatz (vgl. Kapitel 3) gibt Informationen darüber, mit welchen Schutzfaktoren sich betroffene Kinder trotz schwierigen Lebensumständen gesund entwickeln können. Dieses Wissen ist für die Sozialarbeit im zivilrechtlichen Kindesschutzkontext wesentlich für die Bestandsaufnahme und Risikoeinschätzung einer Familiensituation sowie die Festlegung von Interventionen und Massnahmen. Mit diesem Wissen kann in Verbindung mit der ökologischen Entwicklungstheorie (vgl. Kapitel 4) abgeleitet werden, in welchen Lebensbereichen der betroffenen Kinder und ihrer Familien Unterstützung und Interventionen notwendig sind. Die Sozialarbeit kann mit dem vorhandenen Wissen in betroffenen Familien zielgruppenspezifisch intervenieren.

Ein zentrales Thema bei betroffenen Kindern im zivilrechtlichen Kindesschutzkontext ist die Vernetzung und Kooperation mit den Betroffenen, dem sozialen Umfeld und den professionellen Versorgungssystemen. Die Sozialarbeit ist mit ihrem Methodenwissen über Netzwerkarbeit gut ausgerüstet um die Koordinationsaufgabe zwischen komplexen Familienkonstellationen, sozialem Umfeld und den verschiedenen Versorgungssystemen zu übernehmen. Der sozialarbeiterische Ansatz der systemischen Beratung ist zudem wesentlich um komplexe Zusammenhänge, Abhängigkeiten und Ressourcen zu erkennen.

Im zivilrechtlichen Kindesschutzkontext hat die Sozialarbeit die Fallführung in einer Familie aufgrund ihres Mandatsauftrages. Dies klärt in der Zusammenarbeit mit verschiedenen Versorgungssystemen die Verantwortlichkeit für die Sozialarbeit. Durch den Mandatsauftrag müssen das Kindeswohl sichergestellt und entsprechende Interventionen festgelegt werden.

Durch die Errichtung von gesetzlichen Kinderschutzmassnahmen kann die Finanzierung dieser Interventionen als Massnahmen sichergestellt werden. Professionelle der Sozialarbeit verfügen über das notwendige Wissen zur Erschliessung der verschiedenen Versorgungssysteme.

6.2 Handlungsgrenzen der Sozialarbeit

Die Sozialarbeit im zivilrechtlichen Kinderschutzkontext hat bei betroffenen Kindern im Rahmen ihres Mandates den Auftrag das Kindeswohl sicherzustellen. Sie wird von der Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde beauftragt verhältnismässige Schutzmassnahmen und Interventionen einzuleiten. Die Aufgabe der Sozialarbeit liegt vor allem in der Fallführung und in der Einleitung der konkreten Interventionen. Für die Umsetzung der Interventionen ist die Sozialarbeit auf die Zusammenarbeit mit anderen Professionen beziehungsweise Fachgebieten wie Psychiatrie und Sozialpädagogik angewiesen und hat nur beschränkt Einfluss auf die konkrete Ausführung. Die Sozialarbeit ist damit auf den Kooperationswillen der professionellen Versorgungssysteme angewiesen. Andernfalls kann sie diese Ressourcen nur beschränkt einsetzen.

Betroffene Eltern im Zwangskontext fühlen sich oft in ihrer Privatsphäre eingeschränkt und reagieren mit starkem Widerstand. Psychisch kranke Eltern ohne Krankheitseinsicht können sich im zivilrechtlichen Kinderschutzkontext in zweifacher Hinsicht bedroht fühlen. Einerseits werden im Kinderschutzverfahren ihre Erziehungskompetenz und ihre elterliche Verantwortung in Frage gestellt. Andererseits werden sie – wenn auch teilweise nur indirekt – mit ihrer Krankheit konfrontiert. Die Zusammenarbeit mit psychisch kranken Eltern kann sich dementsprechend sehr schwierig gestalten und benötigt Fachwissen über die Verhaltensweisen und Symptome von sowie den Umgang mit psychisch kranken Menschen. Für einen positiven Verlauf der Kinderschutzmassnahmen ist der Aufbau einer Beziehung zu den betroffenen Eltern mit häufigen Kontakten wichtig, welches ausreichende Zeitressourcen erfordert. Bei beschränkten Zeitressourcen ist dafür zu sorgen, dass die Beziehungsarbeit durch andere Stellen geleistet werden muss und eine Zusammenarbeit mit dem gesamten Netzwerk auch aus dieser Perspektive als sehr wichtig erscheint.

6.3 Fazit und Ausblick

Die Bearbeitung der drei Unterfragen B, C und D betreffen die Lebenssituation und Risikofaktoren, die Resilienz und die ökologische Entwicklungstheorie bei betroffenen Kindern ergibt eine fundierte Grundlage für die Auseinandersetzung mit der Hauptfrage A vorliegen-

der Arbeit. Die drei gesetzten Teilziele zu diesen Unterfragen (vgl. Kapitel 1.2) haben die Autorinnen erreicht.

Wie bereits im Fazit der Hauptfrage A festgehalten, haben die Autorinnen bei der Erarbeitung von Interventionen im zivilrechtlichen Kinderschutzkontext festgestellt, dass einige wichtige Interventionen für betroffene Kinder und ihre Familien nicht im Aufgabengebiet der Sozialarbeit im Kinderschutzkontext liegen, sondern durch Angebote von Fachpersonen der Psychiatrie oder Sozialpädagogik ausgeführt werden. Im deutschsprachigen Raum sind nach Wissensstand der Autorinnen keine spezifischen methodischen Grundlagen für die Sozialarbeit im zivilrechtlichen Kinderschutzkontext mit psychisch kranken Eltern vorhanden. Das Hauptziel der vorliegenden Bachelorarbeit besteht darin, sozialarbeiterische Interventionen im zivilrechtlichen Kinderschutzkontext zur Unterstützung der Entwicklung des Kindes mit psychisch kranken Eltern aufzuzeigen. In der Auseinandersetzung mit dem Thema stellen die Autorinnen fest, dass zur Erreichung des Hauptziels der Fokus weniger auf die direkte sozialarbeiterischen Interventionen im zivilrechtlichen Kinderschutzkontext mit den betroffenen Kindern, sondern vielmehr auf die Koordination von Interventionen in Zusammenarbeit mit den verschiedenen Versorgungssystemen und den sozialen Ressourcen gelegt werden muss. Daraus leiten die Autorinnen wichtige Erkenntnisse für die Sozialarbeit im zivilrechtlichen Kinderschutzkontext ab. Die Auseinandersetzung mit der Lebenssituation von betroffenen Kindern zeigt auf, dass die Probleme in diesen Familien häufig vielschichtig und komplex sind. Diese Problemlage verlangt von den zuständigen Sozialarbeitenden eine hohe Fach- und Methodenkompetenz. Ein allgemeines Wissen über psychische Krankheiten und deren Auswirkungen auf die betroffenen Kinder ist bei Interventionen und für die Zusammenarbeit mit Fachpersonen aus anderen Fachbereichen wesentlich. Zudem ist im Kontakt mit den betroffenen Eltern und in der Beurteilung der Kindeswohlgefährdung das störungsspezifische Wissen über die Erkrankung relevant. Die vorliegende Arbeit geht auf diesen Aspekt nur beschränkt ein, da die Autorinnen dieses Thema explizit ausgegrenzt haben. Zudem werden in der Fachliteratur die Auswirkungen der psychischen Krankheiten auf betroffene Kinder häufig allgemein und nicht störungsspezifisch behandelt. Störungsspezifisches Wissen für den Umgang mit psychisch kranken Eltern sowie die ausführliche Auseinandersetzung mit einzelnen Krankheitsbildern und deren Auswirkung auf die Kinder wäre eine oder mehrere Fragestellungen für weitere Facharbeiten. Zudem wäre es wünschenswert, dass die Auswirkungen der psychischen Krankheit der Eltern auf ihre Kinder vermehrt störungsspezifisch erforscht werden.

Die soeben beschriebene Erwartung an die Fach- und Methodenkompetenz in Bezug auch auf störungsspezifisches Wissen lässt die Frage aufkommen, wie diese erreicht werden

kann. Die hohe Arbeitsbelastung und mangelnde Zeitressourcen erlauben in der Praxis nur ein beschränktes Pensum an Fortbildungen für dieses spezifische Fachwissen. Eine Möglichkeit zur Erarbeitung des Fachgebietes von Kindern mit psychisch kranken Eltern sowie zur Sicherstellung von neuen Erkenntnissen in diesem Bereich ist die Delegation dieser Aufgaben an eine Einzelperson der Dienststelle. Diese Person hat dann die Expertenrolle und kann komplexe Fälle übernehmen sowie Ansprechperson für fachspezifische Fragen sein.

Bezugnehmend auf die grosse Bedeutung der Netzwerkarbeit bei betroffenen Familien und die wichtige Zusammenarbeit mit dem psychiatrischen Versorgungssystem stellt sich die Frage, wie eine solche strukturell aufgebaut werden kann. Bereits einleitend werden in dieser Arbeit die Erkenntnisse der Winterthurer und Luzerner Studie festgehalten, dass Schwierigkeiten in der Zusammenarbeit und Vernetzung zwischen den verschiedenen Versorgungssystemen und den jeweiligen Fachpersonen bestehen (vgl. Kapitel 1.1). Die Autorinnen haben dieses Thema explizit ausgegrenzt. In der Bearbeitung der Fragestellungen stellen sie jedoch fest, dass das Thema der Netzwerkarbeit bei Kindern mit psychisch kranken Eltern sehr wichtig ist. Die Kooperation der verschiedenen Versorgungssysteme ist nebst verschiedenen Interventionsmöglichkeiten im Netzwerk und persönlichen Einstellungen der einzelnen involvierten Fachpersonen auch eine strukturelle Frage auf der Organisationsebene. Die strukturelle Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Versorgungssystemen mit unterschiedlichen Finanzierungsmodellen und verschiedenen theoretischen Grundlagen und Werthaltungen aus den jeweiligen Fachgebieten auf der Organisationsebene wäre aus Sicht der Autorinnen ein weiteres Thema für eine Facharbeit⁴.

Im Zusammenhang mit den verschiedenen Versorgungssystemen steht zudem die Vielfalt der Angebote für Kinder mit psychisch kranken Eltern und ihr Umfeld. Sozialarbeitende sollten gute Kenntnisse über die entsprechenden Angebote der Versorgungssysteme haben. In dieser Arbeit wird eingangs erwähnt, dass das Angebot für betroffene Kinder in der Schweiz grundsätzlich ausreichend ist (vgl. Kapitel 1.1). Dennoch stellen sich die Autorinnen die Frage, ob nicht doch ein differenzierteres Angebot, wie es in Deutschland vorhanden ist (z.B. Kindergruppen zur Stärkung des Kindes, Psychoedukation, Eltern-Kinder-Gruppen, Patenschaftsprojekt, Elterngruppen), unterstützend wäre für die Entwicklung von betroffenen Kindern. Die beiden Schweizer Studien zur Angebotssituation haben lediglich die Regionen Zürich und Luzern erfasst. Die Situation in anderen Teilen der Schweiz ist nicht bekannt.

⁴ Albert Lenz befasst sich mit dem Aufbau von Kooperationssystemen zwischen Jugendhilfe und Psychiatrie und erstellt dazu konkrete Arbeitsmodule für die Praxis: Lenz, Albert (2010). *Ressourcen fördern. Materialien für die Arbeit mit Kindern und ihren psychisch kranken Eltern*. Göttingen: Hogrefe.

Einerseits stellt sich die Frage nach einer gesamtschweizerischen Übersicht über Angebote und die Zusammenarbeit der verschiedenen Versorgungssysteme. Andererseits müssten zudem die bestehenden Angebote und laufenden Projekte in Deutschland ausgewertet werden um dessen Wirkung festzustellen.

Abschliessend halten die Autorinnen fest, dass von Sozialarbeitenden im Kinderschutzkontext beim komplexen Thema von Kindern mit psychisch kranken Eltern viel Fach- und Methodenwissen verlangt wird. Allein dieses Wissen kann die adäquate Entwicklung des Kindes jedoch nicht unterstützen. Die strukturelle Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Versorgungssystemen muss deshalb ebenso gefördert und beachtet werden wie die Fachausbildung von Professionellen der Sozialarbeit. Zudem müssen bei der spezifischen Zielgruppe immer der Schweregrad der Krankheit der Eltern, die daraus resultierenden Risikofaktoren sowie die Schutzfaktoren eines Kindes beachtet werden. Vorliegende Arbeit beschreibt und begründet das relevante Fach- und Methodenwissen zum Thema Kinder psychisch kranker Eltern und bietet damit eine Arbeitsgrundlage für Sozialarbeitende im zivilrechtlichen Kinderschutzkontext an. In der fachlichen Auseinandersetzung mit dem Thema sollte dabei nicht vergessen werden, dass auch Professionelle der Sozialarbeit nicht grundsätzlich davor geschützt sind gegenüber den psychisch kranken Eltern stigmatisierende Haltungen einzunehmen. Der Berufskodex der Sozialen Arbeit hält fest, dass Vertrauen und Wertschätzung eine Arbeitsgrundlage für Professionelle darstellt (vgl. Kapitel 5.1.2). Professionelle sollen deshalb nebst der eingeschränkten Erziehungskompetenz von betroffenen Eltern auch ihre vorhandenen Ressourcen wahrnehmen und wertschätzen. In dem Sinn werden Professionelle der Sozialarbeit dazu angehalten, ihr Verhalten und ihre Werte in der Zusammenarbeit mit psychisch kranken Menschen und teilweise schwierigen Lebenssituationen der Kinder regelmässig zu reflektieren. Um im Praxisalltag stigmatisierende Haltungen zu erkennen und diese Reflexion einfließen zu lassen bieten sich Inter- und Supervisionen sowie der kollegiale Austausch mit anderen Fachpersonen an.

Quellenverzeichnis

- AvenirSocial – Professionelle Soziale Arbeit Schweiz. (2010). *Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz. Ein Argumentarium für die Praxis der Professionellen*. Gefunden am 13. Feb. 2013 unter http://www.avenirsocial.ch/cm_data_/Do_Berufskodex_Web_D_gesch.pdf
- Bronfenbrenner, Urie (1981). *Die Ökologie der menschlichen Entwicklung. Natürliche und geplante Experimente (Agnes von Cranach, Übers.)*. Klett-Cotta: Stuttgart. (engl. *The Ecology of Human Development. Experiments by Nature and Design*. London 1979).
- Bullinger, Hermann & Nowak, Jürgen (1998). *Soziale Netzwerkarbeit. Eine Einführung*. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Cassée, Kitty (2010). *Kompetenzorientierung. Eine Methodik für die Kinder- und Jugendhilfe* (2. Aufl.). Bern: Haupt.
- Cassée, Kitty; Los-Schneider, Barbara; Baumeister Barbara & Gavez, Silvia (2008). *Kinder psychisch kranker Eltern: Interprofessionelle Kooperation und Unterstützungsbedarf. Forschungsbericht zum Modul II*. Zürich: Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften. Gefunden am 6. Aug. 2012 unter http://www.sozialarbeit.zhaw.ch/fileadmin/user_upload/soziale_arbeit/Forschung/Forschungsberichte/abgeschlossen/KipE-ZH-Forschungsbericht_2_doc.pdf
- Conen, Marie-Luise & Cecchin, Gianfranco (2007). *Wie kann ich Ihnen helfen, mich wieder loszuwerden?*. Heidelberg: Carl-Auer.
- Deegner, Günther & Körner, Wilhelm (2008). *Risikoerfassung bei Kindesmisshandlung und Vernachlässigung. Theorie, Praxis, Materialien* (2. Aufl.). Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Delfos, Martine F. (2010). „Sag mir mal...“ *Gesprächsführung mit Kindern (4-12 Jahre)* (Vereena Kiefer, Übers.) (6. Aufl.). Beltz: Weinheim. (holl. *Luister je wel naar mij? – Gespreksvoering met kinderen tussen vier en twaalf jaar*. Amsterdam 2000, 2001).

- Deneke, Christiane (2005). Misshandlung und Vernachlässigung durch psychisch kranke Eltern. In Günther Deegener & Wilhelm Körner (Hrsg.), *Kindesmisshandlung und Vernachlässigung. Ein Handbuch* (S. 141-154). Göttingen: Hogrefe.
- Flammer, August (2009). *Entwicklungstheorien. Psychologische Theorien der menschlichen Entwicklung* (4. Aufl.). Bern: Verlag Hans Huber.
- Franz, Michael & Jäger, Karin (2008). Interdisziplinäre Anforderungen und Herausforderungen in der Prävention und Versorgung von Kindern psychisch kranker Eltern. In Ute Ziegenhain & Jörg M. Fegert (Hrsg.), *Kindeswohlgefährdung und Vernachlässigung* (S. 152-160). München: Ernst Reinhardt.
- Fuller, Catherine & Taylor, Phil (2012). *Therapie-Tools. Motivierende Gesprächsführung* (Raymond Hinrichs & Birgit Stolzenberg, Übers.). Beltz: Weinheim. (engl. *A Toolkit of Motivational Skills. Encouraging and Supporting Change in Individuals*. Chichester 2008).
- Görlitz, Gudrun (2007). *Psychotherapie für Kinder und Familien. Übungen und Materialien für die Arbeit mit Eltern und Bezugspersonen*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Greve, Werner & Leipold, Bernhard (2012). Problembewältigung und intentionale Selbstentwicklung. In Wolfgang Schneider & Ulmann Lindenberger (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie* (7. Aufl., S. 563-578). Weinheim: Beltz.
- Gurny, Ruth; Cassée, Kitty; Gavez, Silvia; Los, Barbara & Albermann, Kurt (2006). *Kinder psychisch kranker Eltern: Winterthurer Studie Wissenschaftlicher Bericht*. Gefunden am 6. Aug. 2012 unter http://www.wikip.ch/files/44/Albermann_Kinder_psychisch_kranker_Eltern_wiss.pdf
- Häfeli, Christoph (2005). *Wegleitung für vormundschaftliche Organe*. (4. Aufl.). Zürich: kdmz, Kantonale Drucksachen- und Materialzentrale Zürich.
- Jeske, Jana; Bullinger, Monika; Plass, Angela; Petermann, Franz & Wiegand-Grefe, Silke (2009). Risikofaktor Krankheitsverarbeitung. Zusammenhänge zwischen der Krankheitsverarbeitung einer elterlichen psychischen Erkrankung und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität der Kinder. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 57 (3), 207-213.

- Jungbauer, Johannes (2010). Wenn Eltern psychisch krank sind – Belastungen, Entwicklungsrisiken und Hilfebedarf. In Johannes Jungbauer (Hrsg.), *Familien mit einem psychisch kranken Elternteil. Forschungsbefunde und Perspektiven für die Soziale Arbeit*. (S. 14-46). Opladen: Barbara Budrich.
- Klein, Stephan & Jungbauer, Johannes (2010). Kindeswohlgefährdung und Sorgerechtsentzug in Familien mit psychisch kranken Eltern: Eine perspektivenvergleichende Studie. In Johannes Jungbauer (Hrsg.), *Familien mit einem psychisch kranken Elternteil. Forschungsbefunde und Perspektiven für die Soziale Arbeit* (S. 161-200). Opladen: Barbara Budrich.
- Koch, Selma (2003). *BA-Modul 102: Das Eco-Gramm (ecological map/eco-map)*. Unveröffentlichtes Unterrichtsskript. Hochschule Luzern Soziale Arbeit.
- Kottler, Anna (2004). *Psychosoziale Beratung in der Klinischen Sozialarbeit. Bedarf und Kompetenzen*. Lage: Jacobs.
- Krüger, Paula; Jud, Andreas & Zobrist, Patrick (2010). *Bedarfs- und Angebotsanalyse für psychisch erkrankte Eltern und ihre Kinder im Kanton Luzern – Eine empirische Studie im Auftrag des Hilfsvereins für Psychischkranke, Luzern*. Unveröffentlichte Auftragsstudie von traversa.
- Lenz, Albert (2005). *Kinder psychisch kranker Eltern*. Göttingen: Hogrefe.
- Lenz, Albert (2008). *Interventionen bei Kindern psychisch kranker Eltern. Grundlagen, Diagnostik und therapeutische Massnahmen*. Göttingen: Hogrefe.
- Lenz, Albert (2010). *Ressourcen fördern. Materialien für die Arbeit mit Kindern und ihren psychisch kranken Eltern*. Göttingen: Hogrefe.
- Lenz, Albert & Kuhn, Juliane (2011). Was stärkt Kinder psychisch kranker Eltern und fördert ihre Entwicklung? Überblick über die Ergebnisse der Resilienz- und Copingforschung. In Silke Wiegand-Grefe, Fritz Mattejat & Albert Lenz (Hrsg.), *Kinder mit psychisch kranken Eltern. Klinik und Forschung* (S. 269-298). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

- Lexow, Anja; Wiese, Meike & Hahlweg, Kurt (2008). Kinder psychisch kranker Eltern: Ihre Chancen, im Rahmen einer ambulanten Psychotherapie der Eltern zu profitieren. In Albert Lenz & Johannes Jungbauer (Hrsg.), *Kinder und Partner psychisch kranker Menschen. Belastungen, Hilfebedarf, Interventionskonzepte* (S. 91-112). Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie.
- Meyer, Katharina (Hrsg.). (2009). *Gesundheit in der Schweiz. Nationaler Gesundheitsbericht 2008*. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. Bern: Hans-Huber.
- Mattejat, Fritz (2011). Kinder mit psychisch kranken Eltern. Was wir wissen und was zu tun ist. In Fritz Mattejat und Beate Lisofsky (Hrsg.), *Nicht von schlechten Eltern. Kinder psychisch Kranker* (3. Aufl., S. 68-95). Bonn: Balance Buch und Medien Verlag.
- Mattejat, Fritz; Lenz, Albert & Wiegand-Grefe, Silke (2011). Kinder psychisch kranker Eltern - Eine Einführung in die Thematik. In Silke Wiegand-Grefe, Fritz Mattejat & Alber Lenz (Hrsg.), *Kinder mit psychisch kranken Eltern. Klinik und Forschung* (S. 13-24). Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht.
- Mattejat, Fritz & Remschmidt, Helmut (2008, 6. Juni). Kinder psychisch kranker Eltern. *Deutsches Ärzteblatt*, 105 (23), 413-418.
- Neuffer, Manfred (2009). *Case Management. Soziale Arbeit mit Einzelnen und Familien* (4. Aufl.). Weinheim: Juventa.
- Noeker, Meinolf & Petermann, Franz (2008). Resilienz: Funktionale Adaptation an widrige Umgebungsbedingungen. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 56 (4), 255-263.
- Peter, Verena (2012). *Interventionen im Kinderschutz*. Unveröffentlichtes Unterrichtsskript. Hochschule Luzern Soziale Arbeit.
- Petermann, Franz (2005). Zur Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter. *Kindheit und Entwicklung*, 14 (1), 48-57.
- Petermann, Ulrike & Petermann, Franz (2006). Erziehungskompetenz. *Kindheit und Entwicklung*, 15 (1), 1-8.

- Petermann, Ulrike; Petermann, Franz & Damm, Franziska (2008). Entwicklungspsychopathologie der ersten Lebensjahre. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 56 (4), 243-253.
- Plass, Angela & Wiegand-Grefe, Silke (2012). *Kinder psychisch kranker Eltern. Entwicklungsrisiken erkennen und behandeln* (1. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Remschmidt, Helmut & Matthejat, Fritz (1994). *Kinder psychotischer Eltern*. Göttingen: Hogrefe.
- Rosch, Daniel (2011). Zwangskontext und „Zwangsbeglückung“ in der gesetzlichen Sozialen Arbeit – Erscheinungsformen und rechtliche Aspekte. *Schweizerischen Zeitschrift für Soziale Arbeit* 2011 (10), 84-107.
- Schnyder, Ulrich & Sauvant, Jean-Daniel (Hrsg.). (1993). *Krisenintervention in der Psychiatrie*. Bern: Huber.
- Schone, Reinhold (2008). Frühe Kindheit in der Jugendhilfe – Präventive Anforderungen und Kinderschutz. In Ute Ziegenhain & Jörg M. Fegert (Hrsg.), *Kindeswohlgefährdung und Vernachlässigung* (2. Aufl., S. 52-65). München: Reinhardt.
- Schone, Reinhold & Wagenblass, Sabine (2010). *Wenn Eltern psychisch krank sind... Kindliche Lebenswelten und institutionelle Handlungsmuster* (3. Aufl.). Weinheim: Juventa.
- Schweizerisches Zivilgesetzbuch vom 10. Dezember 1907 (SR 210).
- Sollberger, Daniel (2006). NFP 51 (Integration und Ausschluss): *Zusammenfassung der wichtigsten Resultate aus dem Projekt „Stigma und Identität. Psychosoziale und biographische Integrationsformen und Ausschlussmechanismen von Kindern psychisch kranker Eltern“*. Gefunden am 03. Jan. 2013 unter http://www.snf.ch/Site/Collection/Documents/nfp/nfp51/NFP51_Modul3_d.pdf
- Sommer, Ruth; Zoller, Peter A. & Felder, Wilhelm (2001). *Gefährdete Kinder im Vorschul- und Schulalter. Vorstudie und Literaturanalyse*. Bern: BAG Eigenverlag.
- Steiner, Therese & Berg, Insoo Kim (2011). *Handbuch lösungsorientiertes Arbeiten mit Kindern* (5. Aufl.). Heidelberg: Carl-Auer.

- Tesch-Römer, Clemens & Albert, Isabelle (2012). Kultur und Sozialisation. In Wolfgang Schneider & Ulmann Lindenberger (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie* (7. Aufl., S. 137-156). Weinheim: Beltz.
- 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: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie.
- Wider, Diana & Rosch, Daniel (2009). *Kindeswohl versus Elternrechte*. Unveröffentlichtes Unterrichtsskript. Hochschule Luzern Soziale Arbeit.
- Wiegand-Grefe, Silke; Halverscheid, Susanne & Plass, Angela (2011). *Kinder und ihre psychisch kranken Eltern. Familienorientierte Prävention - Der CHIMP's-Beratungsansatz*. Göttingen: Hogrefe.

Anhang

Anhang A: Dokumentationsbogen – Erstgespräch Eltern (Wiegand-Grefe, Halverscheid & Plass, 2011, Dokument CD-Rom: 06_dokumentationsbogen_eltern.pdf)

Dokumentationsbogen – Erstgespräch Eltern
Datum: _____
Teilnehmer des Gespräches: _____
Ersteindruck/psychischer Befund: _____ _____
Erkrankung (des erkrankten Elternteils): (Art, Symptomatik, Schweregrad, Dauer, Erstmanifestation, stationäre Aufenthalte) _____ _____
Krankheitsbewältigung, -einsicht (individuell/paardynamisch/familiär): _____ _____ _____
Berufliche Situation (aktuell berufstätig, lebt von?): _____ _____
Beziehungen (ehelich (Paardynamik), außerehelich, familiär, Freunde, Bekannte, Nachbarn, Kollegen): _____ _____ _____

Aus Wiegand-Grefe, Halverscheid und Plass: Kinder und ihre psychisch kranken Eltern © 2011 Hogrefe, Göttingen

Kinder (Beziehungen, Sorgenkinder, Auffälligkeiten, Ressourcen, Kompetenzen, Entwicklungsverlauf):

Sonstige Anmerkungen:

Weiteres Vorgehen/Empfehlungen und Dokumentation im Verlauf:

Anhang B: Krisenplan für das Kind (Lenz, 2010, S. 173-174)

Krisenplan für das Kind	
<div style="border: 1px solid black; width: 90%; margin: 5px auto; text-align: center;">Meine Vertrauensperson</div>	<div style="border: 1px solid black; width: 90%; margin: 5px auto; text-align: center;">Das bin ich</div>
<h2 style="margin: 0;">Krisenplan</h2> <p style="margin: 0;">von</p> <p style="margin: 0;">_____</p> <p style="margin: 0;">_____ hilft mir, wenn</p>	
<input type="checkbox"/> Mama/Papa nicht für mich sorgen kann! <input type="checkbox"/> Mamas/Papas Krankheit schlimmer wird! <input type="checkbox"/> Mama/Papa in die Klinik muss! <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____	
So kann ich _____ erreichen: Die Telefonnummer ist: _____ Die Handynummer ist: _____ Hier wohnt _____: Straße, Hausnummer: _____ Ort: _____	
Hier kann ich mir auch noch Hilfe holen! Verwandte (z. B. Oma, Opa, Onkel, Tante): _____ _____ _____ _____	

Mein Lehrer/meine Lehrerin: Diese Lehrer und Lehrerinnen von unserer Schule finde ich gut, an sie kann ich mich wenden und Hilfe holen:

Das Kinder- und Jugendtelefon von Nummer gegen Kummer e.V.:

Telefon: 0800/1110333

Hier kann ich kostenlos anrufen (Montag bis Samstag, 14.00–20.00 Uhr).

Meinen Namen muss ich nicht sagen und die Experten am Telefon dürfen keinem erzählen, dass ich angerufen habe – auch nicht meinen Eltern!

www.nummergegenkummer.de

Mir fällt noch etwas ein, um Hilfe zu bekommen: _____

Ort: _____ Datum: _____

Unterschrift des Kindes

Unterschrift der Vertrauensperson

Unterschrift der Eltern

So erreiche ich:

Telefon: _____

Handy: _____

Adresse: _____



Anhang C: Krisenplan für die Vertrauensperson (Lenz, 2010, S. 175-180)

Krisenplan für die Vertrauensperson
<p>Daten der Vertrauensperson</p> <p>Name: _____</p> <p>Anschrift: _____</p> <p>Telefon: _____</p> <p>Handy: _____</p> <p>Zu folgenden Zeiten ist die Vertrauensperson nicht erreichbar:</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>Daten des Kindes</p> <p>Name: _____</p> <p>Geburtsdatum: _____</p> <p>Anschrift: _____</p> <p>Telefon: _____</p> <p>Handy: _____</p>
<p>Der Krisenplan tritt in Kraft, wenn</p> <p><input type="checkbox"/> eine Versorgung des Kindes durch den psychisch erkrankten Elternteil/durch die Eltern nicht gewährleistet ist</p> <p><input type="checkbox"/> eine Verschlechterung der Krankheit auftritt</p> <p><input type="checkbox"/> eine Klinikeinweisung notwendig wird</p> <p><input type="checkbox"/> _____</p> <p><input type="checkbox"/> _____</p> <p><input type="checkbox"/> _____</p> <p><input type="checkbox"/> _____</p>
<p>Folgende Personen sollen informiert werden (Großeltern, Nachbarn, Lehrer, Erzieher, etc; Name, Telefon):</p> <p>1. _____</p> <p>2. _____</p> <p>3. _____</p> <p>4. _____</p> <p>5. _____</p>

Wichtige Informationen über das Kind

Schule/Kindergarten des Kindes:

Name: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

Name des Klassenlehrers/der Erzieherin: _____

Die Schule/der Kindergarten soll über die Krisensituation informiert werden.

Eine Ganztagsbetreuung ist möglich.

Das Kind ist zu folgenden Zeiten in der Schule/im Kindergarten:

Ein aktueller Stundenplan des Kindes liegt der Vertrauensperson vor.

Das Kind kommt zur Schule/von der Schule nach Hause

Mit dem Schulbus Abfahrt um _____ Uhr, Haltestelle _____

Mit dem Fahrrad Das Kind fährt los um _____ Uhr

Zu Fuß Das Kind geht um _____ Uhr

Das Kind wird mit dem Auto gebracht/abgeholt

Die besten Freunde des Kindes sind (Name, Anschrift, Telefon):

1. _____

2. _____

3. _____

Die Eltern der Freunde wissen von der psychischen Erkrankung des Elternteils und können bei Bedarf als weitere Bezugspersonen hinzugezogen werden.

Das Kind kann bei den Familien der genannten Freunde im Notfall versorgt werden (den Nachmittag verbringen, essen, übernachten, etc.).

Regelmäßige Freizeitaktivitäten, Vereine, Gruppen:

Tätigkeit: _____

Wochentag/Uhrzeit: _____

Ort: _____

Ansprechpartner/Trainer: _____

Telefon: _____

Tätigkeit: _____

Wochentag/Uhrzeit: _____

Ort: _____

Ansprechpartner/ Trainer: _____

Telefon: _____

Hobbies des Kindes, beliebte Freizeitaktivitäten/Unternehmungen:

Schlafzeiten

Das Kind geht wochentags um _____ Uhr ins Bett und steht um _____
Uhr auf.

Einschlafritual (Geschichte lesen, Musik hören, etc.):

Sollte das Kind zeitweise nicht zu Hause versorgt werden können, wohnt es bei
(Name, Beziehung zum Kind, Anschrift, Telefon):

Bitte in dem Fall unbedingt mitnehmen (Spielzeug, Kuscheltier, Haustier, Lieblingsbuch, etc.):

Ärzte des Kindes (Name, Anschrift, Telefon):

Hausarzt/Kinderarzt: _____

Zahnarzt: _____

Weitere Ärzte, Therapeuten, etc.:

Krankenversicherung des Kindes: _____

Das Kind nimmt regelmäßig Medikamente (Medikament, Dosierung):

Bestehende Allergien:

Wichtige Informationen über die Familie

Personen/Institutionen, die die Familie bereits unterstützen

(Ansprechpartner, Telefon): _____

Jugendamt: _____

Familienhilfe: _____

Erziehungsbeistand: _____

Sozialpsychiatrischer Dienst: _____

Beratungsstelle: _____

Weitere Personen/Institutionen:

Behandlung/Klinikaufenthalt des Elternteils:

Hausarzt/Psychiater: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

Klinik: _____

Anschrift: _____

Ansprechpartner/behandelnder Arzt: _____

Telefon: _____

Sonstige Informationen/Anmerkungen

Ort: _____ Datum: _____

Unterschrift
der Vertrauensperson

Unterschrift des Elternteils/
der Eltern

Unterschrift des Kindes

Unterschrift/Institution des
beteiligten Helfers