

Quelle: mainpost.de

Aufwachsen in Familien mit einem psychisch kranken Elternteil

Handlungsansätze für die Intervention der Sozialpädagogischen Familienhilfe zur Stärkung betroffener Kinder



Aufwachsen in Familien mit einem psychisch kranken Elternteil

Handlungsansätze für die Intervention der
Sozialpädagogischen Familienhilfe zur Stärkung betroffener Kinder

Name: Stephanie Hirsch

Geburtsdatum: 15.08.1990

E-Mail: stephanie-hirsch@web.de

Jahrgang/Kurs: SO-12-G

Matrikelnummer: 7239974

Erstprüfer: Herr Andreas Gut

Zweitprüferin: Frau Prof. Dr. Ute Koch

Bearbeitungszeitraum: 23.03.2015 – 20.06.2015

Abgabetermin: 29.06.2015

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	1
2. Fachliche Grundlagen	5
2.1 <i>Psychische Erkrankungen – eine terminologische Bestimmung</i>	5
2.2 <i>Das Arbeitsfeld der Sozialpädagogischen Familienhilfe</i>	7
2.2.1 Rechtliche Grundlagen, Ziele und Adressaten der SPFH	7
2.2.2 Handlungsleitende Theorien und Arbeitsansätze der SPFH	8
2.2.3 Familien mit einem psychisch kranken Elternteil als Klienten der SPFH.....	10
3. Lebenssituation von Kindern psychisch kranker Eltern	12
3.1 <i>Risikofaktoren für die kindliche Entwicklung</i>	12
3.1.1 Genetische und psychosoziale Einflüsse.....	12
3.1.2 Beeinflussung kindlicher Bindungsqualität.....	13
3.1.3 Kindeswohlgefährdung im Kontext psychisch kranker Eltern	15
3.2 <i>Belastungsfaktoren durch die elterliche Erkrankung</i>	16
3.2.1 Belastende Interaktionen und eingeschränkte Erziehungskompetenzen	17
3.2.2 Gefühlslagen der Kinder	18
3.2.3 Parentifizierung	19
3.2.4 Mangelnde Kommunikation und Tabuisierung.....	20
3.2.5 Eingeschränkte soziale Netzwerke	21
3.2.6 Bewältigung biografischer Entwicklungsaufgaben	22
3.3 <i>Resilienz als bedeutsamer Schutzfaktor in der kindlichen Entwicklung</i>	23
3.3.1 Begriffsbestimmung.....	24
3.3.2 Allgemeine Schutzfaktoren – Erkenntnisse aus der Resilienzforschung	25
3.3.2.1 Persönliche Schutzfaktoren	26
3.3.2.2 Familiäre Schutzfaktoren	27
3.3.2.3 Soziale Schutzfaktoren	28
3.3.3 Spezifische Schutzfaktoren für Kinder psychisch kranker Eltern.....	29
3.4 <i>Zusammenfassende Betrachtung</i>	30

4. Handlungsansätze der SPFH für die Intervention in Familien mit einem psychisch kranken Elternteil.....	32
4.1 Sozialpädagogische Diagnostik – Ermittlung von Belastungen und Ressourcen.	32
4.2 Stärkung der kindlichen Bewältigungsressourcen.....	36
4.2.1 Entwicklung einer positiven Selbstwahrnehmung	36
4.2.2 Erstellung eines Notfallplanes	39
4.2.3 Psychoedukation	39
4.3 Mobilisierung familiärer Ressourcen.....	42
4.3.1 Stärkung der elterlichen Erziehungs Kompetenzen	42
4.3.2 Förderung der Eltern-Kind-Bindung	47
4.3.3 Erweiterung familiärer Kommunikationsprozesse	49
4.3.4 Förderung des Beziehungsaufbaues zu einer verlässlichen Bezugsperson.....	52
4.4 Aktivierung sozialer Ressourcen.....	53
4.4.1 Einbindung der Kinder in spezifische präventive Gruppenangebote	53
4.4.2 Initiieren von Patenschaften	56
4.4.3 Intensivierung institutioneller und sozialräumlicher Ressourcen	59
5. Grenzen und Hindernisse für die Arbeit der SPFH	62
6. Fazit.....	67
7. Literaturverzeichnis	70
Anhang.....	76
Eigenständigkeitserklärung.....	87

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1	
Biopsychosoziale Modell von Krankheiten am Beispiel psychischer Erkrankungen	5
Abbildung 2	
Die häufigsten psychischen Störungen bei Männern und Frauen	6
Abbildung 3	
Entwicklungsbeeinflussende Faktoren von Kindern psychisch kranker Eltern	30
Abbildung 4	
Symbole und exemplarische Darstellung eines Genogramms	34
Abbildung 5	
Netzwerkkarte	35
Abbildung 6	
Wesentliche Bestandteile der Psychoedukation	40
Abbildung 7	
Komponente der Erziehungskompetenzen	43

1. Einleitung

„Vergessene Angehörige“, „psychosozialbelastete Kinder“ oder „vernachlässigte Risikogruppe“, obwohl längst bekannt ist, dass Kinder psychisch kranker Eltern im Alltag besonderen Belastungen und Aufgaben gegenüberstehen, wurde dieser Problematik in der Fachöffentlichkeit lange Zeit nur ein geringes wissenschaftliches Interesse zuteil. Die ersten methodisch differenzierten Forschungsprojekte sind auf den englischsprachigen Kinder- und Jugendpsychiater Michael Rutter zurückzuführen. In Anlehnung an die Untersuchung von Rutter brachten Remschmidt und Strunk die Thematik 1973 mit der Publikation „Kinder endogen-depressiver Eltern - Untersuchungen zur Häufigkeit von Verhaltensstörungen und zur Persönlichkeitsstrukturen“ erstmals in den deutschsprachigen Fachdiskurs ein (vgl. Wiegand-Grefe et al. 2012, S. 14). Auch wenn, wie die Statistik von Mattejat et al belegt (ebenda), die Gesamtzahl der wissenschaftlich fundierten Publikationen seit den 1980er Jahren einen kontinuierlichen Zuwachs zu verzeichnen haben, assoziieren Mattejat und Remschmidt Kinder psychopathologischer Eltern im Jahr 1994 in einem Fachartikel als „vernachlässigte Risikogruppe“ und kritisieren die fehlenden präventiven Hilfsangebote (vgl. Mattejat/Remschmidt 1994, S. 295).

Seit der Jahrtausendwende wird der Forschung, Konzipierung und Realisierung von Präventionsprojekten für Kinder psychisch kranker Eltern verstärkte Aufmerksamkeit geschenkt. Neben der Anzahl von Veröffentlichungen, die betroffene Heranwachsende in den Fokus ihrer Betrachtung rücken, spiegelt sich diese Entwicklung auch in der Gründung von Initiativen sowie in einer wachsenden thematischen Internetpräsenz wider (vgl. Wiegand-Grefe et al 2012, S. 14ff). Dennoch wird in der Fachdebatte gerade der Jugendhilfe weiterhin eine unzureichende Entwicklung von Handlungskonzepten für diese Adressaten angelastet: die Professionellen der „Jugendhilfe verfügen über wenig detaillierte Kenntnisse über diese Kinder und ihre spezifischen Problemlagen und werden so oftmals erst dann auf die Kinder aufmerksam, wenn es um die Frage geht, ob sie bei den Eltern bleiben können oder eine Fremdunterbringung notwendig wird, oder wenn die Kinder selbst Verhaltensauffälligkeiten zeigen“ (Schone/Wagenblaus 2006a, S. 7).

Auch sind in der wissenschaftlichen Literatur keine verlässlichen Angaben über die Prävalenz psychisch kranker Eltern zu finden. Während einer Schätzung von Mattejat zufolge in Deutschland etwa drei Millionen Kinder im Verlauf eines Jahres einen psychisch kranken Elternteil erleben (vgl. Mattejat 2014, S. 75), macht Lenz darauf aufmerksam, dass die Angaben der betroffenen Kinder je nach untersuchter Population von großen Schwankungen begleitet werden und in verschiedenen Studien zwischen 9 Prozent und 61 Prozent variieren (vgl. Lenz 2014a, S. 61).

Allgemein bleibt festzustellen, dass im Vergleich zu gesunden Eltern, psychisch erkrankte deutlich anfälliger für Stress, Erschöpfung und Dekompensation sind. Häufig führen elterliche Erziehungs- und Versorgungsaufgaben zur Überforderung. Die gesundheitlichen Probleme der Eltern überschatten das familiäre Zusammenleben mit Sorgen, Ängsten und Schuldgefühlen (vgl. Lenz 2014a, S. 65), beeinflussen familiäre Kommunikations- und Beziehungsmuster und werden im Fachdiskurs als „Familienkrankheit“ (vgl. Müller 2008, S. 137) charakterisiert. Hieraus erwächst ein erhebliches Gefährdungspotenzial für die kindliche Entwicklung. Ein erhöhtes Risiko für seelische Erkrankungen und Entwicklungsstörungen ist die Folge. Dies spiegelt sich nicht zuletzt in der Tatsache wider, dass rund ein Drittel der stationär versorgten kinder- und jugendpsychiatrischen Patienten psychisch kranke Eltern haben (vgl. Deneke 2009, S. 396). Darüber hinaus haben Mattejat und Remschmidt belegt, dass die betroffenen Kinder gehäuft psychopathologische Auffälligkeiten im Bereich der kognitiven und emotionalen Leistungsfähigkeit sowie im Sozialverhalten zeigen (Mattejat/Remschmidt 1994, S. 295).

Die angeführten empirisch fundierten Ergebnisse liefern erste Hinweise für die besondere Problematik, denen Kindern psychopathologischer Eltern ausgesetzt sind. Wie zu einem späteren Zeitpunkt differenziert betrachtet, stehen die Heranwachsenden in ihrer Alltagsbewältigung vor spezifischen Belastungen und Problemen, was zu einem nicht unverkennbaren medizinischen, psychologischen und pädagogischen Versorgungsbedarf führt. Diese Komponente stellt die Soziale Arbeit vor allem in den Tätigkeitsfeldern der Kinder- und Jugendhilfe vor eine besondere Herausforderung. Eine gezielte fachliche Qualifizierung der Mitarbeiter, neue Formen der interdisziplinären Zusammenarbeit und eine bedarfsgerechte Modifizierung von Angeboten scheinen unterdessen unerlässlich. Welche Maßnahmen sind es aber, die von Seiten der Jugendämter in Familien mit psychisch erkrankten Eltern initiiert werden und somit einen stärkeren fachlichen Diskurs bedürfen? Wie eine Untersuchung von Schone und Wagenblast dokumentiert, kommt im Rahmen der Jugendhilfe in der Versorgung von Kindern psychisch kranker Eltern neben der Vollzeitpflege (20,6 %), vor allem auch der Sozialpädagogischen Familienhilfe (19,9 %) eine besondere Bedeutung zu (vgl. Schone/Wagenblast 2006b, S. 91).

Analog zu der statistischen Erhebung belegt das berufliche Wirken der Autorin in dem Arbeitsfeld der Sozialpädagogischen Familienhilfe (im Folgenden durch SPFH abgekürzt) eine hohe Konfrontation mit Familien, die aufgrund der elterlichen Erkrankung bei der Alltagsbewältigung der professionellen Unterstützung bedürfen. Aus eigener Erfahrung wird die Arbeit mit dieser Zielgruppe durch die psychische Erkrankung der Eltern, der multimodalen Problemlage der Familie und dem besonderen Versorgungsbedarf der Kinder als äußerst komplex und diffizil bewertet. In der Praxis stehen die Fachkräfte der SPFH die-

ser Herausforderung in vielen Fällen unbedarft gegenüber. In diesem Zusammenhang kritisieren auch Schone und Wagenblast eine fehlende konzeptionelle und inhaltliche Thematisierung mit der hier angesprochenen Zielgruppe. Dies habe, nach Ansicht der Autoren, die Entwicklung von bedarfsgerechten Unterstützungsangeboten sowie eine fachkundige Ausgestaltung der SPFH in der Arbeit mit Familien mit psychopathologischen Eltern seither verhindert (ebenda, S. 139).

Aus den kurz beleuchteten persönlichen beruflichen Erfahrungen sowie dem bisher unzureichenden wissenschaftlichen Theorie-Praxis-Transfer ist die Idee erwachsen, psychisch belastete Familien als Adressaten der SPFH zum Gegenstand dieser Bachelorarbeit zu machen. Dabei sollen Kinder psychisch kranker Eltern in den Mittelpunkt der Betrachtung rücken und ein fachlicher Beitrag zur professionellen Ausgestaltung der SPFH geleistet werden. Aus diesem Anlass liegt der vorliegenden Arbeit folgende Forschungsfrage zu Grunde: Welche Handlungsansätze ergeben sich für die Intervention der SPFH zur Stärkung von Kindern in Familien mit einem psychisch kranken Elternteil?

Um sich dieser Frage detailliert nähern zu können, werden im zweiten Kapitel fachliche Grundlagen beleuchtet. Sowohl die terminologische Auseinandersetzung mit dem Begriff der psychischen Erkrankung, als auch die Beschreibung des Arbeitsfeldes der SPFH gelten als wichtige Komponente für das inhaltliche Verständnis der Arbeit.

Das dritte Kapitel widmet sich der Lebenssituation von Kindern psychisch kranker Eltern. Hierzu werden anfänglich, ergänzend zu den bereits dargelegten Erkenntnissen der High-Risk-Forschung, weitere Risikofaktoren für die kindliche Entwicklung erörtert. Um ein differenziertes Verständnis für die subjektiven Belastungsfaktoren von Kindern psychisch kranker Eltern zu schaffen, wird sodann auf eine Studie von Albert Lenz zurückgegriffen. Hierdurch bekommt der Leser tiefgreifende Einblicke in die Erlebniswelt, Gefühle und Probleme, die betroffene Kinder im Kontext der elterlichen Erkrankung bewältigen müssen. Da jedoch gleichwohl bekannt ist, dass sich viele Heranwachsende trotz desolaten Lebensverhältnissen gesund entwickeln, beschäftigt sich das dritte Kapitel ebenfalls mit den allgemeinen sowie spezifischen Schutzfaktoren. Hierbei wird den Befunden der Resilienzforschung eine besondere Bedeutung zuteil. Diese empirischen Ergebnisse stellen neben dem Wissen über Risiko- und Belastungsfaktoren elementare Ansatzpunkte für die Interventionsansätze der SPFH dar.

Auf der Basis der gewonnenen Erkenntnisse werden im vierten Kapitel Handlungsansätze für die Intervention der SPFH mit betroffenen Kindern bzw. Familien erarbeitet. Einleitend findet die sozialpädagogische Diagnostik – als wesentlichen Schritt zur Ermittlung von Belastungen und Ressourcen – nähere Betrachtung. Neben der Stärkung der kindlichen Bewältigungsressourcen fokussieren die Darstellung der Handlungsansätze der SPFH

auch die Mobilisierung familiärer und die Aktivierung sozialer Ressourcen.

Bevor die Arbeit mit einer allgemeinen Schlussbetrachtung endet und indessen wesentliche Postulate für die Intervention der SPFH mit der beschriebenen Zielgruppe zusammenfassend betrachtet werden, geht das fünfte Kapitel der Frage nach, welche Grenzen und Hindernisse sich durch die elterliche Erkrankung für das Wirken der SPFH ergeben.

Für die Bearbeitung der forschungsleitenden Fragestellung erscheinen eigene empirische Untersuchungen aufgrund der vorhandenen Fachliteratur nicht notwendig. Wie sich im Verlauf der Arbeit zeigt, liegen bereits aussagekräftige Studien, eine Vielzahl an Publikationen und umfassende wissenschaftliche Literatur zu dem gewählten Thema vor, sodass auf bereits bestehende empirische Erkenntnisse zurückgegriffen werden kann.

Wenn in der nachfolgenden Arbeit von „Kinder psychisch kranker Eltern“ die Rede ist, wird hierin eine bewusste Einschränkung auf das Lebensalter „Kindheit“ vorgenommen. Somit stehen Heranwachsende vom Kleinkindalter bis zur Adoleszenz im Mittelpunkt der Betrachtung. Dies gründet auf der Tatsache, dass neben der Bewältigung von unterschiedlichen Entwicklungsaufgaben auch die notwendige elterliche Verantwortungsübernahme und die altersspezifischen emotionalen und kognitiven Fähigkeiten zwischen dem Lebensalter Kindheit und Jugend deutlich voneinander abweichen, was einen anderen Unterstützungsbedarf notwendig werden lässt.

Auch ist an dieser Stelle darauf hinzuweisen, dass die Art der elterlichen Erkrankung die Probleme und Belange der Kinder in unterschiedlichen Maße prägen kann (vgl. Lenz 2014a, S. 24). Dennoch zeigt die Praxiserfahrungen, dass die Lebenssituation der Kinder in vielen Bereichen von typischen Merkmalen, Problembelastungen und Aufgaben gekennzeichnet ist. Ferner konstatiert Deneke, dass die Schwere und Chronizität der elterlichen Erkrankung einen erheblich größeren Einfluss auf die kindliche Entwicklung ausübt wie die gestellte Diagnose (vgl. Denke 2009, S. 399). Daher konzentriert sich diese Bachelorarbeit nicht auf eine spezifische psychiatrische Störung, sondern will eine allgemeine Betrachtung der Zielgruppe „Kinder psychisch kranker Eltern“ ermöglichen. Ebenfalls wird das Geschlecht des erkrankten Elternteils nicht in den Fokus der Betrachtung gestellt. Analog zu den eigenen beruflichen Erfahrungen, wird auch in der Literatur weniger die Erkrankung von Mutter oder Vater als ausschlaggebend angesehen, sondern vielmehr die Frage, ob dieser Elternteil die Hauptbezugsperson für das Kind ist (ebenda, S. 397).

Zuletzt bleibt anzumerken, dass für eine bessere Lesbarkeit ausschließlich die männliche Berufsbezeichnung gewählt wurde. Sozialarbeiter, Familienhelfer oder Sozialpädagoge werden als Synonyme verwendet und schließen auch weibliche Fachkräfte mit ein.

2. Fachliche Grundlagen

Um sich der Lebenssituation von Kindern psychisch kranker Eltern nähern zu können, erscheint es zunächst wesentlich, ein Verständnis für psychische Erkrankungen zu schaffen. Für die weitere inhaltliche Ausführung werden zudem grundlegende Kenntnisse über die SPFH als notwendig erachtet und dem Leser dahingehend in diesem Kapitel fachliche Einblicke in das ambulante Angebot der Jugendhilfe vermittelt.

2.1. Psychische Erkrankungen – eine terminologische Bestimmung

In der wissenschaftlichen Literatur wird von einer psychischen Erkrankung gesprochen, „wo sich bedeutsame Veränderungen in der Ausführung von grundlegenden Alltagsaktivitäten im Wahrnehmen, Denken, Fühlen, der Kommunikation und (...) in biologischen Rhythmen zeigen. Diese Veränderung rufen entweder bei den Betroffenen oder seiner bedeutsamen Umwelt Leidensdruck hervor“ (Pretis/Dimova 2004, S. 38). In Anbetracht der Definition zeigt sich, dass psychische Krankheit immer auch mit dem subjektiven Erleben und den persönlichen Verarbeitungsmechanismen einer Person einhergeht und individuellen Bewertungsmechanismen unterliegt.

Daneben ist psychische Gesundheit bzw. Krankheit als ein Kontinuum anzuerkennen, welches von einem fließenden und zeitlich variablen Übergang zwischen psychischem Wohlbefinden und Leidenszustand begleitet wird (ebenda, S. 37). Gesundheit und Krankheit stehen im lückenlosen Zusammenhang. Menschen bewegen sich demnach im Spannungsfeld zwischen den beiden Dimensionen. Dieses Kontinuum wird durch das Zusammenspiel verschiedener Faktoren beeinflusst. Somit unterliegt die Entstehung einer psychischen Erkrankung zumeist multiplen Kausalitäten. Dabei kommt nicht zuletzt dem Biopsychosozialen Krankheitsmodell eine entscheidende Rolle zu.

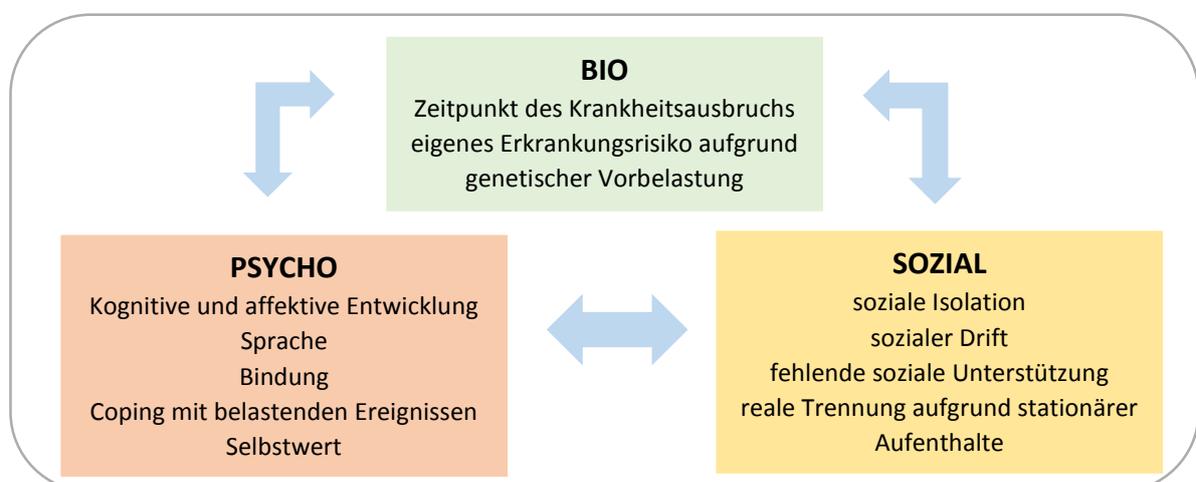


Abbildung 1: Biopsychosoziales Modell am Beispiel psychischer Erkrankung (Pretis/Dimova 2004, S. 41)

2. Fachliche Grundlagen

Wie in der Abbildung ersichtlich wird, sind psychisch Erkrankungen neben biologischen und psychologischen Ursachen, nicht selten auch auf soziale Umstände zurückzuführen. Pretis und Dimova geben zu bedenken, dass sich psychische Erkrankungen „auf Teilbereiche menschlichen Erlebens, Denkens und Fühlens beziehen, sodass neben Verstörung und Krankheit auch gesunde Persönlichkeitsanteile vorhanden sind“ (Pretis/ Dimova 2004, S. 37).

Im deutschen Gesundheitssystem werden psychische Erkrankungen im ICD (International Classification of Diseases) definiert, kategorisiert und dem Bereich F 00-99 zugeordnet. Das Instrument der WHO versteht sich als weltweit gültiges Diagnosesystem und bezieht seine aktuell gültige Ausgabe auf das ICD-10. Während der Begriff „psychische Krankheit“ in dem Klassifikationssystem anfänglich Verwendung fand, ist aufgrund der deskriptiveren Charakteristik nunmehr von einer „psychischen Störung“ die Rede (vgl. Franke 2012, S. 63ff).

Durch das vom Robert Koch-Institut initiierte Modul „Psychische Gesundheit“ des Deutschen Gesundheitssurvey (DEGS) können Aussagen über die Prävalenz von psychischen Störungen unter der erwachsenen Bevölkerung getroffen werden. Demnach sind innerhalb eines Jahres 33,3 Prozent der deutschen Einwohner von einer oder mehreren klinisch prägnanten psychischen Störungen betroffen (vgl. RKI 2012, S.12). Die angebrachte Statistik verkörpert wesentliche geschlechterspezifische Unterschiede bei der Diagnostik von psychischen Störungen. Dies scheint in entscheidender Weise übertragbar auf die Diagnose betroffener Mütter bzw. Väter.

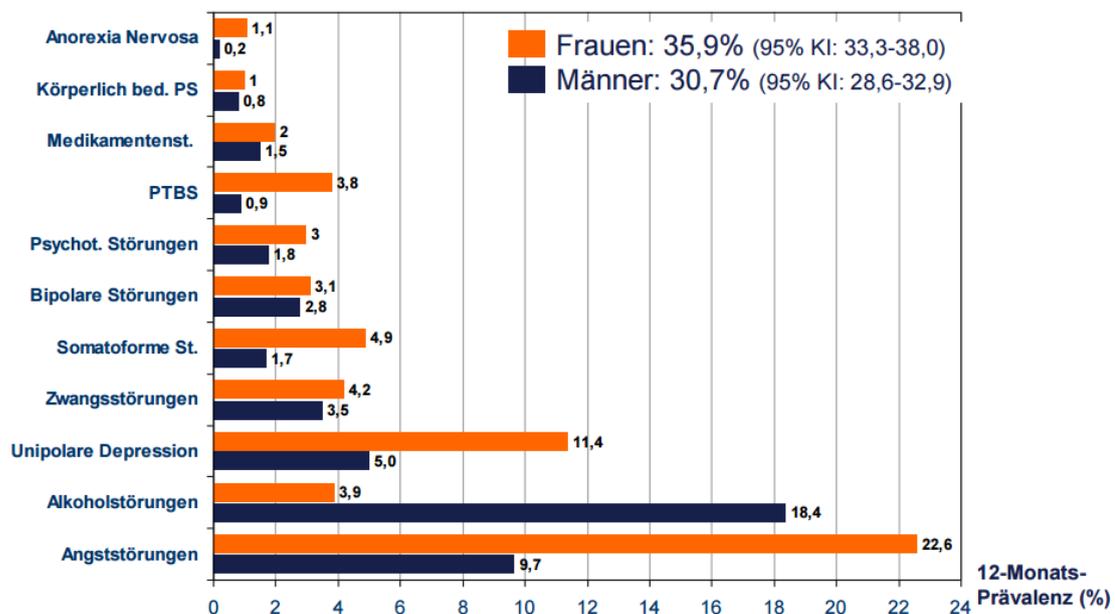


Abbildung 2: Die häufigsten psychischen Störungen bei Männern und Frauen (RKI 2012, S. 10)

Auch wenn psychische Erkrankungen mit einer Jahresprävalenz von 33,3 Prozent heutzutage keine Einzelphänomene mehr sind, weist Mattejat darauf hin, dass die betroffenen Patienten in unserer Gesellschaft nicht selten Stigmatisierung und Diskriminierung entgegengebracht bekommen. Dies ist als Grund anzusehen, warum viele Menschen mit psychischen Erkrankungen ihre gesundheitlichen Probleme verheimlichen und verfügbare medizinische Hilfen nicht in Anspruch nehmen. Nicht selten resultiert hieraus eine Verstärkung der Symptomatik (vgl. Mattejat 2014, S. 70f). Zweifelsohne wirkt sich der skizzierte Teufelskreis auch auf die Kinder von psychiatrischen Patienten aus und kann die Alltagsbelastung im Kontext der elterlichen Psychopathologie zusätzlich verstärken.

2.2. Das Arbeitsfeld der Sozialpädagogischen Familienhilfe

2.2.1 Rechtliche Grundlagen, Ziele und Adressaten der SPFH

Die SPFH ist eine durch § 27 SGB VIII definierte Form der Hilfe zur Erziehung und wird auf Antrag eines Erziehungsberechtigten vom Jugendamt gewährt und finanziert, sofern die Tatbestandsmerkmale des genannten Paragraphen erfüllt sind. Die Maßnahme ist in § 31 SGB VIII rechtlich verankert und wird hier juristisch wie folgt beschrieben:

„Sozialpädagogische Familienhilfe soll durch intensive Betreuung und Begleitung Familien in ihren Erziehungsaufgaben, bei der Bewältigung von Alltagsproblemen, der Lösung von Konflikten und Krisen sowie im Kontakt mit Ämtern und Institutionen unterstützen und Hilfe zur Selbsthilfe geben. Sie ist in der Regel auf längere Dauer angelegt und erfordert die Mitarbeit der Familie.“

Aus der angeführten Gesetzesnorm werden die Ziele der SPFH leicht ersichtlich. Durch die Unterstützung bei der Bewältigung von Problemen, die Verbesserung innerfamiliärer Beziehungen, die Förderung elterlicher Erziehungskompetenzen und die Entfaltung neuer Lebensbewältigungsstrategien, sollen die Entwicklungsbedingungen der Heranwachsenden erweitert und die Familie insgesamt zu einem gelingenderen Alltag befähigt werden (vgl. Frindt 2009a, S. 255).

Die Hilfeplanung gemäß § 36 SGB VIII stellt ein wichtiges Instrument zur Ausgestaltung der SPFH dar und dient der gemeinsamen Aushandlung und Festlegung von Problemdefinitionen sowie Zielen und Aufgaben, die mit der Hilfe verbunden sind. Neben einer Fachkraft des Jugendamts und dem tätigen Familienhelfer kommt der Einbeziehung der betroffenen Familie eine elementare Notwendigkeit für einen erfolgreichen Hilfeverlauf zu. Das Hilfeplanverfahren stellt eine regelmäßige Prüfung im Hinblick auf Fortschreibung,

Abwandlung oder Abschluss in Zusammenarbeit aller an der Hilfe beteiligten Personen sicher und ermöglicht eine ergebnisorientierte und prozesshafte Gestaltung der SPFH.

Welche Personengruppen sind nun aber Adressaten der SPFH? Um diese Frage zu beantworten, erstellte Nielsen et al. eine Typologie von Familien, die angesichts verschiedener Krisentypen SPFH erhielten. Während Familien in Einzelkrisen keiner chronischen Dauerbelastung gegenüberstehen und aufgrund eines schwerwiegenden, unerwarteten Einzelereignisse (z. B. Krankheit/Invalidität) der Hilfe der SPFH bedürfen, sind Familien in Strukturkrisen mit Dauerbelastungen (z. B. schlechte Wohnverhältnisse, Gewalt, Erziehungsschwierigkeiten) konfrontiert und erfahren häufig sozio-ökonomische Benachteiligung. Dennoch gelingt es den Familien in Teilbereichen Problembewältigungskompetenzen zu entwickeln. Als dritte Gruppe werden Familien in chronischen Strukturkrisen charakterisiert. Die betroffenen Eltern zeigen gravierende Defizite in ihrer Sozialisation und Bildungserfahrung. Die Familie ist in allen Lebensbereichen von existenziellen Problemen betroffen (vgl. Nielsen et al. 1986, S. 101f).

Die SPFH zeichnet sich also durch die lebensnahe und multikausale Begleitung der gesamten Familie aus. Die hieraus resultierende Komplexität der ambulanten Maßnahme, eröffnet den Zugang zu verschiedenen Handlungsdimensionen, Konzepten und Modellen für die Ausgestaltung der SPFH (vgl. Wolf 2012, S. 148). Diese sind Gegenstand des nächsten Unterpunktes.

2.2.2 Handlungsleitende Theorien und Arbeitsansätze der SPFH

Im folgenden Abschnitt werden Theorien und Handlungsdimensionen der SPFH beleuchtet. Dabei erscheinen die Systemorientierung, die Lebensweltorientierung, das Empowerment, die Ressourcenorientierung und die Sozialraumorientierung relevant für das Thema dieser Arbeit.

Systemorientierung

Wie bereits beleuchtet ist die Arbeit der SPFH durch einen besonderen Auftrag - die Stabilisierung des gesamten Familiensystems - gekennzeichnet. Hieraus erwächst die Legitimation eines systemischen Zugangs. Die systemorientierte Ausrichtung der SPFH bedeutet für Rothe, „die Verhaltensweisen der einzelnen Familienmitglieder als sinnvoll aufeinander bezogen zu definieren, auch wenn dieser Sinn manchmal destruktive Konsequenzen hat“ (Rothe 2011, S. 28). Die resultierende zirkuläre Betrachtungsweise, fasst das Agieren eines Familienmitgliedes als Ursache für das Verhalten und die Erwartungen eines anderen auf. Damit die familiäreren Interaktionsmuster eine positive Beeinflussung erfahren können, muss die SPFH die vorherrschenden Beziehungskonstellationen, Rol-

lenverteilungen und Sprachregelungen innerhalb einer Familie analysieren und gemeinsam mit den Adressaten in der pädagogischen Arbeit aufgreifen (ebenda, S. 29). Für die weitere Darstellung ist es von erheblicher Notwendigkeit das Verhalten psychisch kranker Eltern im Systemkontext der Familie zu betrachten und die hieraus entstehenden Alltagsprobleme der Kinder im Sinne der zirkulären Rückkopplung zu verstehen.

Lebensweltorientierung

Bereits seit den 1970er Jahren findet Soziale Arbeit verstärkt im Kontext der Lebenswelt der Klienten statt (vgl. Weber 2012, S. 12). Die SPFH ist durch ihren aufsuchenden Charakter in besonderer Weise mit der alltäglichen Lebenswirklichkeit der Adressaten konfrontiert. Hans Thiersch, Begründer der lebensweltorientierten Sozialen Arbeit, fordert im Hinblick auf eine professionelle Etablierung seines Konzeptes, dass „Menschen in ihren Verhältnissen, in ihren Ressourcen, ihren vorenthaltenden Partizipationschancen und ihren Schwierigkeiten des Alltags zu sehen“ (Grundwald/Thiersch 2004, S. 5) sind. Dabei soll nicht die Annahme entstehen, dass die lebensweltlichen Strukturen der Adressaten ohne weiteres ergründet werden können. Astrid Woog beschreibt für die Vorbereitungen des pädagogischen Handelns „Beobachtung und Gewinnen von Vertrauen“ als wesentliche fachliche Elemente. Durch das Vertrauen der Familie kann ein Zugang zur realen Alltagswelt erschlossen und die Sichtweisen, lebensweltlichen Wahrnehmungs- und Handlungsmuster und der Eigensinn des Familiensystems rekonstruiert werden (vgl. Woog 2010, S. 186-190). Analog zu Thierschs Konzept wird an dieser Stelle die Notwendigkeit der Rekonstruktion der Lebenswelt deutlich. Erst wenn sich Fachkräfte der SPFH die Lebenswelt der Klienten unter verschiedenen Aspekten erschließen, kann pädagogische Einflussnahme im Sinne der Hilfe zur Selbsthilfe (vgl. Grundwald/Thiersch 2004, S. 34) erfolgen.

Empowerment

Mit der Hilfe zur Selbsthilfe ist zugleich die nächste Handlungsdimension, das Empowerment, angesprochen. Woog zeigt auf, dass die SPFH Lern-, Entwicklungs-, und Veränderungsprozesse initiiert und die Adressaten als autonomes, handlungs- und veränderungsfähiges Individuum anerkennt. Ziel ist es nicht, Familien durch auferlegtes Handeln direkt zu entlasten, sondern ihnen aufzuzeigen, wie sie sich selbst entlasten und Probleme eigenverantwortlich und zukunftsorientiert lösen können (vgl. Woog 2010, S. 27).

Ressourcenorientierung

Ein ressourcenorientierter Handlungszugang der SPFH ist für die weitere inhaltliche Ausgestaltung der Arbeit von elementarer Bedeutung und wird an verschiedenen Stellen dieser Arbeit erneute Bezugnahme finden. In Kapitel 3.3.1 wird für den Leser zudem eine terminologische Begriffsbestimmung wiedergegeben. Ähnlich wie es Petermann und

Schmidt für die Ressourcenorientierte Therapie darstellen, sind „aktuell verfügbare Mittel“ der Adressaten oder ihres Umfeldes auch wesentlich für die Intervention der SPFH (vgl. Petermann/Schmidt 2006, S. 125). Während eine defizit ausgerichtete Vorgehensweise ausschließlich auf die Probleme und fehlenden Kompetenzen abzielt, fragt die ressourcenorientierte Interventionsstrategie nach den Zielen, Veränderungswünschen und hierfür nutzbaren Potenziale der Klienten (vgl. Weber 2012, S. 40). Fähigkeiten, Kompetenzen und positive Kräfte der Familien werden so zum wesentlichen Ansatzpunkt der SPFH.

Aus der Literatur lassen sich drei Grundlagen für eine ressourcenorientierte Ausgestaltung der SPFH ableiten: „die Nutzung offensichtlicher Ressourcen, die Heranziehung vorhandener, aber aktuell nicht wahrgenommener bzw. einbezogener Ressourcen und die Ausrichtung auf die Schaffung neuer Ressourcen“ (Petermann/Schmidt 2006, S. 125).

Sozialraumorientierung

Eng verbunden mit der Lebensweltorientierung zielt die SPFH darauf ab, Familien „in ihrer sozialen Situation [zu] sehen, heißt, ihre familialen und außerfamilialen Beziehungen zu berücksichtigen, ihr Eingebunden sein in ein soziales Netzwerk zu beachten und die Strukturen des Wohnumfeldes einzubeziehen“ (Woog 2010, S. 26). Hierbei geht es für die Fachkräfte der SPFH nicht im klassischen Sinn um eine aktive Stadteitarbeit, in der all-gemeingütige Arrangements für die Bürger kreiert und lokalpolitische Angelegenheiten verfolgt werden. Vielmehr soll eine „fallunspezifische“ Arbeit zur Entdeckung von Ressourcen beitragen, um diese bei Bedarf mobilisieren zu können (vgl. Buddel/Früchtel 2011, S. 845). Wenn Fachkräfte etwa in Kontakt mit Behörden und Schulen stehen und über die Verein-, Freizeit- und Versorgungsstruktur des Sozialraumes der Klienten informiert sind, können hier im Einzelfall nützliche Kooperationen und Unterstützungsangebote als soziale Ressourcen aktiviert werden.

2.2.3 Familien mit einem psychisch kranken Elternteil als Klienten der SPFH

Abschließend soll in diesem Kapitel der Blick auf die veränderten Fallzahlen der SPFH geworfen und dabei vordergründig auf die Zunahme von Familien mit einem psychisch kranken Elternteil als Adressaten eingegangen werden.

Zunächst ist allgemein anzumerken, dass die SPFH im Rahmen der letzten 10 Jahre einen deutlichen Anstieg der Betreuungszahlen zu verzeichnen hat. Während die Kinder- und Jugendhilfestatistik des Statistischen Bundesamtes 1993 eine Zahl von 10547 betreuten Familien meldete, lag der Anteil 2013 bei 68350 (vgl. Statistisches Bundesamt 2014). Zwar ist die Analyse dieses rasanten Anstiegs nicht Gegenstand der vorliegenden Bachelorarbeit, aber dennoch kann vor diesem Hintergrund ein Bezug zu der ebenfalls

gestiegenen Inanspruchnahme der SPFH von Familien mit einem psychischen kranken Elternteil gezogen werden.

Dies schlägt sich vor allem in der Tatsache nieder, dass in den achtziger und neunziger Jahren psychische Erkrankungen sowie Suchterkrankungen der Eltern als Ausschlusskriterium für die Installation einer ambulanten Hilfsmaßnahme galten. Häufig wurden psychiatrischen Patienten mangelnde Erziehungsfähigkeiten zugesprochen und eine fehlende fachliche Qualifikation der Sozialarbeiter im Umgang mit psychischen Erkrankungen bekundet (vgl. Weber 2012, S. 59). Diesbezüglich nannten, bei einer 1998 durchgeführten Befragung, 55 Prozent der Fachkräfte eine Suchterkrankung, 44 Prozent eine psychotische und 31 Prozent eine psychische Erkrankung als Ausschlusskriterium für die Durchführung einer SPFH (vgl. BMFSFJ 1999, S. 81).

Auf eine entgegengesetzte Entwicklung machen Fröhlich-Gildhoff et al. unlängst mit ihrer Untersuchung zu neueren Struktur-, Prozess-, und Ergebniskriterien der SPFH aufmerksam. Demnach gilt nunmehr in 66,7 Prozent der Fälle eine (Sucht)Krankheit eines Elternteils als Indikator für die Einrichtung einer SPFH. Allerdings bezieht diese Kennzahl neben psychischen auch physische Krankheiten mit ein (Fröhlich-Gildhoff et al. 2006, S. 69).

Während somit anfänglich ein radikaler Ausschluss des beschriebenen Klientel zu beobachten war, wird in der Fachliteratur mittlerweile von einer unhinterfragten Annahme von Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil in der SPFH gesprochen. Nicht selten seien, nach Aussagen von Sozialpädagogen, psychisch kranke Eltern zwischenzeitlich sogar ihr Hauptklientel (vgl. Weber 2012, S. 59).

Wolf zufolge darf trotz der Unterstützung einer Familienhilfe nicht vergessen werden, dass Erzieherpersonen aufgrund einer Psychopathologie die elterliche Erziehungs- und Sozialisationsfunktion oftmals nicht im erforderlichen Maße übernehmen können und sich so dann die Frage nach der Herausnahme der Kinder aus der Familie stellt. Zugleich wird in der Fachdebatte die Funktion der Eltern als wichtige Bezugspersonen bekundet. Dabei wird attestiert, dass etliche Erziehungsberechtigte ihr elterliches Wirken in Teilbereichen auch im Licht einer psychischen Störung zufriedenstellend erfüllen können und eine Fremdunterbringung der Kinder als zusätzliche Belastung für die Entwicklung der Heranwachsenden gilt (vgl. Wolf 2008, S. 68).

Unter Beachtung der aufgeführten Aspekte ist die gestiegene Inanspruchnahme der SPFH im Kontext psychisch kranken Eltern leicht zu erklären. Dennoch darf sich diese Entwicklung einem fachlichen Diskurs nicht entziehen. Somit erweist sich eine genaue Betrachtung der Zielgruppe, wie sie im folgenden Kapitel vorgenommen wird, als unerlässlich, um eine bedarfsgerechte Intervention in der Praxis gewährleisten zu können.

3. Lebenssituation von Kindern psychisch kranker Eltern

Damit die zentrale Frage dieser Arbeit „Welche Handlungsansätze ergeben sich für die Intervention der SPFH zur Stärkung von Kindern in Familien mit einem psychisch kranken Elternteil?“ bearbeitet werden kann, ist ein grundlegendes Wissen über die subjektiven Belange, Alltagsprobleme und besonderen Aufgaben der Zielgruppe von erheblicher Notwendigkeit. Eine für die sozialpädagogische Intervention wesentliche Herausforderung ist es daher zunächst Risiko- und Belastungsfaktoren von Kinder psychisch kranker Eltern herauszuarbeiten und zugleich Faktoren in der Lebenswelt der Familie zu erkunden, die im protektiven Sinne resilienzfördernde Anknüpfungspunkte für die Arbeit der SPFH bieten. Diese Aspekte sollen nun Gegenstand des folgenden Kapitels sein.

3.1 Risikofaktoren für die kindliche Entwicklung

Nachstehend werden genetische und psychosoziale Einflüsse, die Eltern-Kind-Bindung, sowie die Kindeswohlgefährdung im Kontext psychisch kranker Eltern als besondere Risikofaktoren für die Entwicklung betroffener Kinder herausgearbeitet.

3.1.1 Genetische und psychosoziale Einflüsse

Wie bereits einleitend aufgezeigt, ist die Wahrscheinlichkeit für die Entwicklung einer psychischen Krankheit bei Kindern psychiatrischer Patienten deutlich erhöht. Diesen Aspekt erkennend, finden sich in der High-Risk-Forschung vielfältige Studien, die betroffene Heranwachsende als Risikopopulation charakterisieren und in den Mittelpunkt der Forschungen rücken.

Durch verschiedene Familien- und Zwillingsstudien wird das deutlich erhöhte psychiatrische Erkrankungsrisiko zum einen auf genetische Prädispositionen zurückgeführt. Als gesichert gilt die erbliche Komponente bei affektiven und schizophrenen Psychosen. Leidet ein Elternteil an Schizophrenie, ist das Erkrankungsrisiko für die leiblichen Kinder im bevölkerungsrepräsentativen Vergleich um mehr als das zehnfache erhöht. Die Kennzahl steigt um weitere 30 Prozent, wenn beide Elternteile von diesem Krankheitsbild betroffen sind (vgl. Mattejat/Remschmidt 2008, S.413). Während sich das Lebenszeitrisiko für die Entwicklung einer unipolaren Depression in der Allgemeinheit auf 6 Prozent beläuft, wurde für Kinder depressiv erkrankter Eltern ein evidenzbasierter Wert von 11,8 Prozent ermittelt (vgl. Schosser et al. 2006, S. 20). Neben dem Risiko, die gleiche Erkrankung wie die Eltern zu entwickeln, sind Kinder psychopathologischer Eltern auch einer erheblich größeren Gefahr für die Entstehung einer allgemeinen psychischen Störung ausgesetzt.

Lenz weist darauf hin, dass die Wahrscheinlichkeit für die Entwicklung einer psychischen Störung unter den Betroffenen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung um das Vierfache erhöht ist (vgl. Lenz 2014a, S. 39).

Neben der genetischen Einflussvariabel, wird die Entwicklung der betroffenen Kinder zum anderen oftmals zusätzlich durch spezifische Umweltfaktoren, die mit der elterlichen Erkrankung korrelieren, beeinträchtigt. Die erkrankungsbedingte dysfunktionale Übernahme der Elternrolle führt oftmals zur Akkumulation von Belastungsfaktoren in der Familie (vgl. Plass/Wiegand-Grefe 2012, S. 35). Indessen sind Heranwachsende oftmals psychosozialen Belastungsfaktoren wie Armut, sozialer Randständigkeit, unzureichenden Wohnverhältnissen, Arbeitslosigkeit, Trennung/Scheidung der Eltern und/oder einem erhöhten Risiko für Vernachlässigung und Missbrauch ausgesetzt (vgl. Lenz 2014b, S. 169).

Durch die angeführten empirischen Befunde ist leicht zu erkennen, dass sowohl die genetische Vulnerabilität wie auch die psychosozialen Einflussfaktoren eine erhebliche Gefahr für pathologische kindliche Entwicklungsverläufe indizieren. Diese Faktoren werden in der Fachliteratur nicht selten durch eine destruktive Eltern-Kind-Bindung sowie der erhöhten Gefahr für Kindeswohlgefährdung, welche es nun zu beleuchten gelten, konkretisiert.

3.1.2 Beeinflussung kindlicher Bindungsqualität

Vor der Frage, wie sich die elterliche Erkrankung auf die Eltern-Kind-Bindung auswirken kann, soll eine kurze Einführung in die für die gewählte Thematik relevanten Erkenntnisse der Bindungstheorie stehen. Diese liefern ihrerseits wichtige Maxime für die später zu ermittelten Handlungsansätze der SPFH.

Nach John Bowlby, einer der Hauptbegründer der Bindungstheorie, begreift diese Theorie „das Streben nach engen emotionalen Beziehungen als spezifisch menschliches, schon beim Neugeborenen angelegtes, bis ins hohe Alter vorhandenes Grundelement. Im Säuglings- und Kindesalter sichert uns die Bindung an die Eltern (bzw. entsprechende Ersatzfiguren) neben Schutz und Zuwendung den Beistand dieser Person“ (Bowlby 2010, S. 98). Heranwachsende suchen bei Verunsicherung, Krankheit, Erschöpfung oder Kummer die Nähe zu verlässlichen Bezugspersonen, um ein Gefühl der Sicherheit und des Schutzes (wieder)herstellen zu können. Während das Bindungsverhalten bei Säuglingen und Kleinkindern vorwiegend auf körperlichen Kontakt basiert, gewinnt mit zunehmenden Alter die psychische Nähe im Sinne von gezielter Kommunikation an Bedeutung. Je nachdem wie die Bezugsperson auf die Bedürfnisse des Kindes reagiert, entwickelt dieses bestimmte Bindungsmuster (vgl. Zimmermann 2000, S. 122f).

Aus den von Mary Ainsworth initiierten prospektiven Studien resultiert die Unterscheidung

zwischen drei dieser Muster. Kinder mit „sicherer“ Bindung erfahren liebevolle Zuwendung, indem die Bezugsperson feinfühlig auf die Signale des Kindes reagiert. Auf der Basis können die Heranwachsenden ihren Explorationsdrang aktiv ausleben, ihre Umwelt erkunden und wertvolle Entwicklungserfahrungen arrangieren. Dagegen entwickeln Heranwachsende mit „unsicher-ambivalenter“ Bindung Trennungsängste, „klammern“ und zeigen einen sehr eingeschränkten Explorationsdrang. Die Reaktion der Eltern auf kindliche Bedürfnisse wird von unberechenbaren und widersprüchlichen Verhaltensmustern begleitet. Wiederholte Ablehnung, Zurückweisung und fehlende Feinfühligkeit der Eltern führt indessen zur Entwicklung von „unsicher-vermeidender“ Bindung. Infolgedessen versuchen Kinder fortan auf Zuneigung und fremde Hilfe zu verzichten und streben nach psychischer Autarkie (vgl. Bowlby 2010, S. 101).

Andere Autoren verweisen darüber hinaus auf ein weiteres, viertes Bindungsmuster, die unsicher-desorganisierte Bindung (vgl. Lenz 2014a, S.197f; Zimmermann 2000, S. 123). Die Kinder erleben ängstigende Interaktionen mit der Bindungsperson. Der Aufbau jeglicher Bindungsstrategie bleibt ihnen aufgrund des ängstigenden oder ängstlichen Verhalten der Bindungsperson verwehrt (vgl. Lenz 2014a, S. 197). Wie Längsschnittstudien zeigen, führen desorganisierte Bindungserfahrungen vermehrt zu pathologischen Auffälligkeiten und sozial-emotionalen, kognitiven Entwicklungsabweichungen (ebenda, S. 198).

Nach Zimmermann lässt sich aus diesen Beziehungsmustern zudem der Aufbau von internalen, kindlichen Arbeitsmodellen subsumieren. Umfangreiche Fürsorgeerfahrungen eröffnen ein positives internes Arbeitsmodell, das dem Kind einen Zugang zu einem positiven Selbstbild verschafft. Es erlebt effektive Emotionsregulation, kann positive Beziehung zu anderen Personen aufbauen und Belastungen kompetent und wirksam begegnen (vgl. Zimmermann 2000, S. 121). Im Gegensatz dazu gibt Bowlby zu bedenken: „Was die Mutter in ihrem Kind nicht wahrnimmt, kann es schwerlich in sich selbst entdecken“ (Bowlby 2010, S. 108) wodurch nicht zuletzt kindliche Fehlentwicklungen entstehen können (vgl. Lenz 2014a, S. 198). Bindungserfahrungen werden folglich bis ins Jugendalter als Basis für die Entwicklung der späteren Kompetenzen wie Autonomie, Impulskontrolle oder soziale Fähigkeiten attestiert (vgl. Zimmermann 2000, S. 121f).

Wie soeben aufgezeigt, sind (früh)kindliche Bindungserfahrungen nach Bowlbys Theorie für die Ausprägung von Persönlichkeitsmerkmalen maßgeblich. Was bedeutet dies nun aber für Kinder psychopathologischer Eltern? Oftmals gelingt es psychisch kranken Eltern nicht „den emotionalen Austausch mit dem Kind herzustellen bzw. aufrechtzuerhalten, um dem Kind ein Gefühl von Sicherheit und Vertrauen zu vermitteln. Die betroffenen Kinder entwickeln gehäuft unsichere und desorganisierte Bindungsmuster, die das Erkrankungsrisiko auf Seiten der Kinder auch längerfristig signifikant erhöhen können“ (Lenz 2014a,

S. 201). Aus dem unzuverlässigen und widersprüchlichen Fürsorgeverhalten der Bezugsperson können negative Emotionen resultieren, die in der Folge zur Entwicklung eines ungünstigen inneren Arbeitsmodells des Heranwachsenden beitragen (ebenda, S. 197). Mattejat und Remschmidt geben zu bedenken, dass nach der Erkenntnis mehrerer Studien vor allem der Umgang zwischen depressiven Müttern und ihren Kinder erheblich begrenzt ist. So ist die mütterliche Feinfühligkeit krankheitsbedingt massiv eingeschränkt, wodurch die Wahrnehmung, Interpretation und Reaktion auf kindliche Signale nur unzureichend erfolgt (Mattejat/Remschmidt 2008, S. 414). Während diverse Studien die Einflüsse der Mutter-Kind-Bindung analysieren, liegen in der Literatur keine empirischen Befunde vor, die das Bindungsverhalten zwischen psychisch kranken Vätern und ihren Kindern untersuchen.

Schlussfolgernd bleibt festzustellen, dass die Eltern-Kind-Bindung ihrerseits sowohl als zentraler Schutzmechanismus wirken, gleichzeitig aber auch zu einer unverkennbaren Vulnerabilität führen (vgl. Zimmermann 2000, S. 121) und in diesem Sinne ein enormes Risiko für die kindliche Entwicklung darstellen kann. Auch wenn die frühkindliche Bindungsrepräsentation als relativ stabil und kontinuierlich angesehen wird, können elterliche Verhaltensänderung erworbenen Bindungsmuster beeinflussen (vgl. Lenz 2014a, S. 198). Hieraus erwächst eine bedeutende Chance für die sozialpädagogische Intervention in Familien mit psychisch kranken Eltern. Das Wissen um Bindungsdynamiken und die Förderung positiver Beziehungserfahrungen müssen infolgedessen Gegenstand der SPFH sein. Auf diesem Weg können kindliche Entwicklungspotenziale positiv genutzt und protektive Faktoren in Bezug auf eine sichere Bindungsbasis entfaltet werden (vgl. Kapitel 3.3.2.2).

3.1.3 Kindeswohlgefährdung im Kontext psychisch kranker Eltern

Kindeswohlgefährdung kann in verschiedenen Formen wie körperliche Misshandlung, psychische oder emotionale Misshandlung, Vernachlässigung sowie sexuellen Missbrauch ihren Ausdruck finden und führt allgemein zu einer akuten Gefährdung für die Gesundheit, das Leben und die Entwicklung der Kinder (vgl. Lenz 2014a, S. 46ff).

Auch wenn es keineswegs zulässig ist, psychisch kranke Eltern ausnahmslos als Risikogruppe für Kindeswohlgefährdung zu kennzeichnen, erwächst, empirischen Hinweisen zufolge, aus diesem Indikator eine erhöhte Gefährdungslage für betroffene Kinder (vgl. Deneke 2005, S. 145). Durch mehrere Studien wird ein Zusammenhang zwischen der psychischen Krankheit der Eltern und einer erhöhten Kindeswohlgefährdung determiniert. Dementsprechend stellte beispielsweise Walsh et al. in einer Befragung von 8.500

Personen fest, dass jene, die von einer psychischen Erkrankung ihrer Eltern berichteten, zwei- bis dreifach häufiger sexuellen Missbrauch, Vernachlässigung oder Misshandlung durch die Eltern erfahren haben als der Durchschnitt der Bevölkerung (vgl. Walsh et al. 2002, zitiert in Deneke 2005, S. 140). Auch eine Fallanalyse in Bezug auf die Einleitung von gerichtlichen Maßnahmen bei Kindeswohlgefährdung weist kompatible Ergebnisse auf: In 18 Prozent bzw. 44 Prozent der Fälle wurde eine psychische Krankheit bzw. eine Suchterkrankung der Eltern als Indiz für die Einleitung des Verfahrens gemäß § 1666 BGB eruiert (vgl. Münder et al. 2000, S. 94f). Dieser Perspektive folgend, zeigt sich, dass mindestens ein Drittel der Sorgerechtsentzüge in Deutschland auf die psychische Erkrankung der Eltern zurückzuführen sind (vgl. Kölch 2010, S. 767).

Die häufigste Form der Kindeswohlgefährdung unter psychisch kranken Eltern wird in der psychischen Misshandlung, welche oftmals auf eine mangelnde elterliche Responsivität zurückzuführen ist, gesehen (Deneke 2005, S. 145f).

Lenz schlussfolgert: „Insgesamt scheint das Vernachlässigungs- und Misshandlungsrisiko zu steigen, wenn beide Elternteile psychisch krank sind, zu der psychischen Erkrankung schwierige psychosoziale und ökonomische Lebensbedingungen hinzukommen und darüber hinaus soziale Unterstützung fehlt“ (Lenz 2014a, S. 51). Vor allem in der Mobilisierung sozialer Unterstützungssysteme lassen sich hieraus präventive Aspekte für das Kindeswohlergehen ableiten, die sich in den Handlungsansätzen der SPFH im 4. Kapitel wiederfinden werden.

3.2 Belastungsfaktoren durch die elterliche Erkrankung

Neben den aufgezeigten Risikofaktoren, sind Kinder psychisch kranker Eltern in ihrem Alltag häufig ebenso besonderen Belastungsfaktoren ausgesetzt. Albert Lenz hat bisher in einen von wenigen empirischen Untersuchungen die subjektive Lebenswirklichkeit, die Gefühle, Erfahrungswelten sowie alltäglichen Anforderungen, Probleme und Gestaltungsbemühungen von Kindern psychisch kranker Eltern im familiären und sozialen Kontext qualitativ analysiert. Auch in der 2014 erschienenen Neuauflage seines Standardwerkes hat Lenz die Ergebnisse der Studie, welche aus der Befragung von 22 betroffener Heranwachsender resultiert, veräußert (vgl. Lenz 2014a, S. 83-139). Vor dem Hintergrund dieser sowie anderer Studien und weiteren Fachwerken werden im Folgenden die Belastungsfaktoren der beschriebenen Zielgruppe skizziert.

3.2.1 Belastende Interaktionen und eingeschränkte Erziehungskompetenzen

In einer Familie prägen soziale und emotionale Wechselbeziehungen die Entfaltungsmöglichkeiten der Familienmitglieder und können Entwicklungsprozess so auf positive oder negative Weise beeinflussen (vgl. Lenz 2014a, S. 190).

Eine psychische Erkrankung wirkt sich im Sinne der Systemtheorie (vgl. Kapitel 2.2.2) in entscheidender Weise auf die Kinder und Partner der erkrankten Person aus und wird, wie an anderer Stelle bereits erwähnt, als Familienkrankheit charakterisiert. Bereits im Kapitel 3.1.2 wurde angedeutet, dass eine elterliche Erkrankung die Interaktionen zwischen den Bezugspersonen und den Heranwachsenden massiv beeinträchtigt und zu defizitären Bindungsmustern führen kann. Dies wird zusätzlich verstärkt, wenn der erkrankte Elternteil seine Erziehungskompetenzen aufgrund der psychischen Störung nur unzureichend ausüben kann. Aus der wissenschaftlichen Literatur ableitend, lässt sich der Begriff der Erziehungskompetenzen wie folgt bestimmen: „Unter Erziehungskompetenzen werden die Fähigkeiten der Eltern verstanden, die Bedürfnisse des Kindes nach körperlicher Versorgung und nach Schutz zu erfüllen, dem Kind als stabile und positive Vertrauensperson zur Verfügung zu stehen, dem Kind ein Mindestmaß an Regeln und Werten zu vermitteln sowie ihm grundlegende Lernchancen zu eröffnen“ (Lenz 2014a, S. 300). Müller bringt die eingeschränkten Erziehungskompetenzen psychopathologischer Eltern vor allem mit krankheitsbedingten Veränderung von Gefühlen, Kognitionen und Verhaltensweisen wie etwa Antriebslosigkeit oder emotionalen Rückzug in Verbindung. Sie gibt zu bedenken, dass die elterliche Sensibilität sowie die emotionale Verfügbarkeit in der Interaktion mit dem Kind aufgrund der gesundheitlichen Probleme längerfristig beeinträchtigt sein kann und eine konsequente Durchsetzung von Erziehungsmaßnahmen häufig nicht gelingt (vgl. Müller 2008, S. 141). In diesem Zusammenhang beschreiben Plass und Wiegend-Grefe folgende eingeschränkte Erziehungskompetenzen als Risikofaktoren für eine gesunde kindliche Entwicklung: schlechtes Einfühlen in die Kinder, fehlende Erziehungssicherheit, ungünstiger (autoritativer) Erziehungsstil, fehlangepasstes (unflexibles) elterliches Verhalten sowie mangelnde Durchsetzungs- und Abgrenzungsfähigkeit (vgl. Plass/Wiegend-Grefe 2012, S. 41). Infolge der unzureichenden Erziehungskompetenzen sind Kinder in vielen Bereichen des alltäglichen Lebens auf sich gestellt, erfahren keine Orientierungsmöglichkeit und stehen dem unverständlichen Verhalten der Eltern fraglos gegenüber.

Daneben ist häufig eine Wechselwirkung zwischen der psychischen Erkrankung eines Elternteils und partnerschaftlichen Missverständnissen, Gefühlen von Verunsicherung, Wut, Überforderung und gravierenden Paarkonflikten zu beobachten (vgl. Müller 2008, S. 144). Durch die eheliche Disharmonie wird das familiäre Zusammenleben zusätzlich be-

einträchtig, was als Indiz für ein erhöhtes Risiko von pathologischen Entwicklungsverläufen und psychischen Störungen der Kinder gilt (vgl. Lenz 2014a, S. 208). Mehrere empirische Befunde lassen Lenz erkennen, dass „Verhaltensprobleme und emotionale Störungen der Kinder in erster Linie auf niedrige elterliche Partnerschaftsqualität, also andauernde Beziehungsprobleme der Eltern aufgrund ineffektiver Kommunikations-, Konfliktregelungs- und Problemlösefertigkeiten und auf die Scheidung der Eltern zurückgehen“ (ebenda, S. 209). Die psychische Belastung, die durch elterliche Konflikte entsteht, zeichnet sich in folgender Aussage einer 10-jährigen ab:

„Dann sage ich: Jetzt hört auf, ich bin hier bei, und wenn ihr was alleine reden wollt, dann macht es (...) Nee dann schickt mich ´raus oder geht ins andere Zimmer. Ja, also, weil ich will das auch nicht mitkriegen, wie die sich dann streiten oder irgendwas. Dann muss ich das mitkriegen und dann habe ich schreckliche Angst und alles (...)“ – Aussage einer 10-jährigen (Lenz 2014a, S. 106)

3.2.2 Gefühlslagen der Kinder

Im Zusammenhang mit der elterlichen Erkrankung und der familiären Situation benennen die Kinder Gefühle und Ängste der Hoffnungslosigkeit, der Trauer, der Sorge und des Verlustes. Hinzu kommen massive Schuldgefühle, die auf der Ungewissheit über die Entstehung der psychischen Erkrankung basieren und Heranwachsende dazu verleiten, die Ursache für die Krankheitssymptomatik bei sich zu suchen (vgl. Lenz 2014a, S. 93):

„Aber sie war ganz schön gestresst. Weil nämlich nachts ist mein Bruder wach geworden und hat mm immer geschrien.“ – Aussage eines 9-jährigen (Lenz 2014a, S. 122)

„Ich glaube es hat damit angefangen, weil wir uns vor Arbeiten gesträubt haben und wir wollten dann nie mitmachen und so (...). Ja genau.“ – Aussage einer 13-jährigen (Lenz 2014a, S. 122).

Eine besondere emotionale Belastung ergibt sich für Kinder, wenn sie bei den Eltern eine drohende Suizidgefahr wahrnehmen. Wie die nachstehende Aussage belegt, maßen sie sich Verantwortung für das Wohl der Erzieherperson zu, fühlen sich gleichzeitig jedoch ohnmächtig und hilflos:

„Ich weiß nicht (...) dass sie versucht, sich umzubringen (...) dann habe ich schreckliche Angst und alles (...). So schrecklich so, Herzklopfen (...). Wenn ich dann mich auf die Schule freue oder auf die Kindergruppe und ich höre das, dann traue ich mich gar nicht mehr dahin irgendwie, weil ich habe Angst, dass sie dann wirklich mal vor ´nen Zug springt oder mit ´nem Messer (...). – Aussage einer 10-jährigen (Lenz 2014a, S. 94)

Neben diesen Empfindungen zeigen die Kinder bei der Befragung von Lenz vor allem bei einem bevorstehenden Klinikaufenthalt der Mutter massive Trennungs- und Verlustängste. Bei längeren Krankheitsverläufen der Eltern kommen Gefühle der Hoffnungslosigkeit, Resignation und Demoralisierung hinzu. Auch wird deutlich, dass mangelhafte Anteilnah-

me, fehlende Wertschätzung, befremdende Kühle und krankheitsbedingte Abweisung der Erziehungsberechtigten in Emotionen wie Enttäuschung, Traurigkeit und Ärger münden können. Betroffene Kinder fühlen sich ungeliebt, vernachlässigt und ungerecht behandelt (ebenda, S. 95). Vor allem eine Haltung der Eltern, die ihre Kinder durchweg als Last, schlecht und böse markiert, birgt für Deneke ein massives Belastungspotenzial für Heranwachsende. Hieraus können nach Ansicht der Autorin eine eingeschränkte Selbstwertausbildung und dissoziale Entwicklungsverläufe ihre Ursprung nehmen (vgl. Deneke 2005, S. 148).

3.2.3 Parentifizierung

Im engen Zusammenhang mit dem Gefühl der Sorge und Verantwortung sind Kinder psychisch kranker Eltern vom Phänomen der Parentifizierung betroffen. Von Parentifizierung ist die Rede, wenn „die in der Generationsbeziehung asymmetrische Verteilung der Sorge umgekehrt werden“ (Wolf 2012, S. 124). Infolgedessen übernehmen Kinder elterliche Funktionen im Haushalt, tragen Sorge für jüngere Geschwister und treten für die gesundheitliche Restabilisierung der Eltern ein (ebenda). Empirische Hinweise hierauf lassen sich in folgenden Äußerungen finden:

„Wenn meine Mutter so ganz krank ist, gebe ich dann sofort Tabletten, dass sie nicht zu krank wird, dass sie nicht wieder ins Krankenhaus kommt.“ – Aussage einer 10-jährigen (Lenz 2014a, S. 96)

„Ich will auch dann, dass das alles schnell wieder gut geht, und dass sie dann bald gesund wird, und dann versuche ich alles, was ich, was es nur gibt eben (...). Schnell alles sauber machen und so helfen, dass sie dann nichts mehr machen braucht. Dass sie sich dann einfach nur hinlegen braucht und Ruhe hat.“ – Aussage einer 10-jährigen (Lenz 2014a, S. 96)

Wie die angeführten Aussagen zeigen, erhoffen sich betroffene Heranwachsende durch die Übernahme alltäglicher Aufgaben die elterliche Genesung positiv beeinflussen zu können.

Die Parentifizierung kann sich auf unterschiedliche Weise auf das Kindeswohl auswirken. Deneke konstatiert, dass den Kindern durch diesen Prozess die Möglichkeit eröffnet wird, „Kontrolle über bedrohliche Eltern zu gewinnen, Zuwendung von emotional abwesenden, ein Lächeln von traurigen, die Beruhigung erregter, die Stimulation in sich selbst versunkener Elternteile zu erreichen und damit für sich selbst Beachtung, Beruhigung, ein Gefühl von Selbstwert und Selbstwirksamkeit zu gewinnen“ (Deneke 2005, S. 148). Wenn eine Rollenübernahme durch die vorhandenen Kompetenzen der Kinder tragbar erscheint und in einer angemessenen Dosierung erfolgt, können hieraus sogar soziale Entwicklungsprozesse resultieren (vgl. Wolf 2012, S. 125). Pathologische Bedeutung kommt der Parentifi-

zierung nach Ansicht von Desch zu, sofern diese eine destruktive Form annimmt. Die durch die Eltern induzierten Anforderungen oder Aufgaben führen hierbei zu einer nicht kindgerechten Rollenzuweisung sowie zur Missachtung kindlicher Bedürfnisse und Wünsche und überschreiten die gesunde Kapazität der Kinder. Neben Selbstzweifeln und einem Gefühl der Unzulänglichkeit können sich die Langzeitfolgen der destruktiven Parentifizierung auch in erschwerten Ablösungsprozessen, Isolation, Schuldgefühlen und Minderwertigkeitsgefühlen manifestieren (vgl. Desch 2014, S. 21). Nach Untersuchungen von Jones und Wells lassen sich für parentifizierte Kinder nicht selten Kontaktprobleme, soziale Ängste, zwanghaftes Erfolgs- und Perfektionsstreben und/oder emotionale Störungen prognostizieren (vgl. Jones/Wells 1996 zitiert in Lenz 2014a, S. 213).

3.2.4 Mangelnde Kommunikation und Tabuisierung

In vielen Familien mit psychisch kranken Eltern ist ferner eine fehlende oder gestörte innerfamiliäre Kommunikation zu beobachten, die nicht zuletzt die Verständigung über die psychische Erkrankung und ihre Bedeutung für die einzelnen Mitglieder verwehrt und die Kinder mit fehlenden Orientierungsmöglichkeiten konfrontiert (vgl. Müller 2008, S. 144). Im Verständnis von Kleinkindern werden gesundheitliche Probleme lediglich auf somatische Beschwerden zurückgeführt. Kranksein bedeutet sodann „Trink Tee, und du wirst sehen, nach zweimal Schlafen ist alles wieder gut“ oder „Nimm deine Medizin, dann wirst du wieder gesund!“ (Pretis/Dimova 2004, S. 42). In diesem Zusammenhang erkennt Lenz, dass viele Kinder psychisch kranker Eltern nur über ein diffuses Krankheitswissen verfügen, wodurch das Wesen von psychischen Erkrankung zumeist unverständlich und bedrohlich erscheint (vgl. Lenz 2014a, S. 127):

„Wenn einer krank ist, dann geht er zum Arzt und dann wird er wieder gesund. Und das es überhaupt so eine psychische Krankheit ist, das ist für mich unglaublich schwer zu verstehen, weil das ist ja nicht irgendwo wo man eine Spritze gibt und dann ist alles wieder gut.“ – Aussage einer 10-jährigen (Lenz 2014a, S. 122)

Zu Gunsten einer gegenseitigen Schonung und einer vermeintlichen Rücksichtnahme vermeiden Familienmitglieder häufig eine offene Auseinandersetzung mit der psychischen Krankheit. Etliche der befragten Kinder geben an, Gespräche mit dem erkrankten Elternteil über die eigentlichen Probleme aus Angst vor zusätzlichen Belastungen zu umgehen und wenn überhaupt mit dem gesunden Elternteil, Geschwistern oder Verwandten über die Krankheit zu sprechen (vgl. Lenz 2014a, S. 100).

„Nein, sonst mit Papa oder mit anderen. Aber jetzt nicht mit Mama oder so was. Manchmal auch mit meiner Patentante, mit Opa, meinem Onkel.“ – Aussage einer 7-jährigen (Lenz 2014a, S. 100)

Gleichzeitig kommt Lenz zu dem Ergebnis, dass in vielen Familien nach außen ein striktes Kommunikationsverbot herrscht. Heranwachsende bekommen ein Schweigegebot auferlegt und dürfen mit keinem Außenstehenden über die Symptome und familiären Auswirkungen der elterlichen Erkrankung sprechen. Die Krankheit bekommt den Charakter eines Familienheimnisses verliehen (ebenda, S. 101). Dies wird im Rahmen der qualitativen Studie durch den folgende Gedanken einer 8-jährigen empirisch untermauert:

„Ja und Mama möchte das auch nicht, dass ich mit anderen Kindern oder mit dem Lehrer in der Schule und darüber rede und so was (...) das hat sie mir gesagt (...). Das wäre schon sehr unangenehme, dass das alle wissen.“ – Aussage einer 8-jährigen (Lenz 2014a, S. 101)

Der mangelnde Austausch sowie das Informationsdefizit der Kinder über die elterliche Erkrankung stellt nach Lenz eine zusätzliche schwere Belastung für die Heranwachsenden dar. Durch eigene Vermutungen und subjektive Krankheitstheorien versuchen die Betroffenen sich den Zustand ihres erkrankten Elternteils zu erklären, wobei die Kinder mit ihren Fragen häufig alleine bleiben, sich unverstanden fühlen und in einem „definitionslosen Raum“ von den oben beschriebenen, mannigfaltigen Gefühlserregungen überwältigt werden (vgl. Lenz 2014a, S. 128ff). Bohus et al. kommen in einer Studie zu der Erkenntnis, dass lediglich 35 Prozent der Untersuchungspopulation über die elterliche Erkrankung informiert waren (vgl. Bohus et al. 1998, S. 136f).

3.2.5 Eingeschränkte soziale Netzwerke

Mit der Tabuisierung und dem Kommunikationsverbot geht in Familien mit psychisch kranken Eltern oftmals auch eine soziale Isolation einher. Wolf führt den Rückzug der Familie aus sozialen Kontakten auf die Angst vor Verachtung und mangelnde soziale Anerkennung zurück. Wie folgende Aussage exemplarisch zeigt, bekommen auch Heranwachsende Stigmatisierungen entgegengebracht und werden mit negativen Reaktionen konfrontiert, wenn Gleichaltrige von dem irritierenden Verhalten der erkrankten Eltern erfahren (vgl. Wolf 2012, S. 127ff):

„ (...) und irgendwie ist es dann an die ganze Klasse geraten, das war dann nicht so berauschend. Da gab's dann drei, vier Jungs, die einen andauernd damit aufgezogen haben. Ja. Und dann kamen irgendwelche Sprüche (...). Ja, und deine Mutter in der Klappe und kannst du ja sofort hinterher und sowas.“ – Aussage einer 15-jährigen (Lenz 2014a, S. 102)

Diskriminierende Äußerungen, Demütigung, Schamgefühle und die anhaltende Angst andere könnten von den bizarr wirkenden Verhalten des erkrankten Elternteils Kenntnis erlangen, tragen dazu bei, dass Kinder ihre Freunde nicht nach Hause einladen, sich zurückziehen und eine Außenseiterrolle entwickeln (vgl. Lenz 2014a, S. 101).

Im Sinne der beschriebenen Parentifizierung kommt außerdem ein Gefühl der Unentbehrlichkeit hinzu. Kinder psychopathologischer Eltern befürchten, dass ihre Abwesenheit katastrophale Folgen für den erkrankten Elternteil verursacht, wodurch ihnen der Freiraum für den Aufbau und die Aufrechterhaltung sozialer Netzwerke außerhalb der Familie nicht selten verwehrt bleibt (vgl. Plass/Wiegeand-Grefe 2012, S. 27). Die fehlenden sozialen Außenkontakte verhindern zudem die Aktivierung von Unterstützungs- und Entlastungshilfen von nahstehenden außerfamiliären Bezugspersonen. Nach einer Befragung von Sollberger et al. hätten sich viele mittlerweile erwachsene Kinder psychisch kranker Eltern soziale Unterstützung gewünscht, um der inneren Isolation zu entkommen (vgl. Sollberger et al. 2008, S. 187).

3.2.6 Bewältigung biografischer Entwicklungsaufgaben

Neben den zuvor dargestellten spezifischen Belastungsfaktoren, die im Kontext einer elterlichen Erkrankung entstehen, darf nicht vergessen werden, dass betroffene Heranwachsende auch herkömmliche biografische Entwicklungsaufgaben zu bewältigen haben. Menschen stehen im Laufe ihres Lebens vor alterstypischen Herausforderungen, die sich aus körperlichen Reifungsprozessen, soziokulturellen Erwartungen und intrapsychischen Regulationsmechanismen ergeben und in der Auseinandersetzung mit der Umwelt gelöst werden müssen (vgl. Sahli 2014, S. 24). Zwar kann dem Leser an dieser Stelle kein umfangreiches Wissen über die Entwicklungsaufgaben der verschiedenen Lebensalter vermittelt werden, dennoch bedarf die pädagogische Arbeit mit Kindern und Familien differenzierte Kenntnis über die altersentsprechenden Herausforderungen. Aufgrund dessen ist in Anhang 1 eine Übersicht über Entwicklungsaufgaben vom Säuglings- bis zum Jugendalter abgebildet (vgl. Sahli 2014, S. 25).

Die gelungene Bewältigung von Entwicklungsaufgaben beeinflusst das psychische Wohlbefinden sowie den Kompetenzaufbau von Heranwachsenden und gilt als Basis für eine gesunde Entwicklung. Damit dies gelingen kann, sind die Kinder, wie Anhang 1 ebenfalls illustriert, in vielen Bereichen auf die Unterstützung der unmittelbaren Umgebung, besonders der nahestehenden Bezugspersonen, angewiesen (vgl. Pauen/Vonderlin 2009, S. 29). Dementgegen bergen nicht gelöste altersspezifische Anforderungen gravierende Komplikationen für den weiteren Reifungsprozess. Pauen und Vonderlin geben zu bedenken: „Im Entwicklungsverlauf addieren sich gestörte oder unangemessene Kompetenzen, sodass relativ unscheinbare Störungen der frühen Kindheit weitreichende Konsequenzen haben können“ (ebenda S. 6).

Auch wenn in der Literatur auf die unzureichende Unterstützung psychisch belasteter Eltern bei kindlichen Entwicklungsaufgaben hingewiesen und dies als massiver Risikofaktor für Heranwachsende deklariert wird (vgl. Sahil 2014, S. 24; Lenz 2014a, S. 151), liegen bisher keine Studien vor, die diesen Zusammenhang empirisch analysieren. Durch die Mannheimer Risikokinderstudie im Vorschulalter kann allenfalls von einem Zusammenhang zwischen dem Aufwachsen unter psychosozialen Lebensrisiken, wie es bei Kindern psychisch kranker Eltern nicht selten eintritt (vgl. Kapitel 3.1.1), und der erschwerten Bewältigung von Entwicklungsaufgaben ausgegangen werden. Laucht et al. weisen nach, dass psychosoziale Risikobelastungen eine signifikante Gefährdung für kindlichen Entwicklungsverläufe darstellen. Im Einklang mit mangelnder Förderung zeigen Kinder aus psychosozial belasteten Familien in der motorischen, kognitiven und sozial-emotionalen Entwicklung minder ausgeprägte Kompetenzen als psychosozial unbelastete Kinder (Lauch et al. 1996, S. 79).

Neben den, in diesem Kapitel aufgezeigten spezifischen Belastungsfaktoren von Kindern psychisch kranker Eltern, muss die Zielgruppe auch normative Entwicklungsaufgaben, die alle Jungen und Mädchen zu lösen haben, bewältigen. Da die notwendige Unterstützung der Eltern durch die gesundheitlichen Probleme häufig nicht im ausreichenden Maße erfolgt, dürfen auch die altersspezifischen Aufgaben in der pädagogischen Interventionsstrategien nicht unvergessen bleiben.

3.3 Resilienz als bedeutsamer Schutzfaktor in der kindlichen Entwicklung

In der bisherigen Ausführung wurden verschiedene Risiko- und Belastungsfaktoren aufgezeigt, die die besondere Lebenslage von Kinder psychisch kranker Eltern prägen und die Gefahr für pathologische Entwicklungsverläufe intensivieren. Dementgegen weisen mehrere Forschungsbefunde jedoch auch darauf hin, dass sich einige Heranwachsende trotz desolater Verhältnisse zu gesunden, leistungsfähigen, selbstbewussten und stabilen Persönlichkeiten entwickeln (vgl. Werner 2008a, S. 20ff).

Diese Perspektive ist wesentlich für die Interventionsstrategien der SPFH, sodass im folgenden Kapitel Grundannahmen für später zu ermittelnden Handlungsansätze erschlossen werden. Nach einer allgemeinen terminologischen Bestimmung wichtiger Begriffe, sollen Erkenntnisse aus der Resilienzforschung zur Erkundung allgemeiner Schutzfaktoren für die kindliche Entwicklung beitragen, bevor abschließend spezifische Schutzfaktoren für Kinder psychopathologischer Eltern präzisiert werden.

3.3.1 Begriffsbestimmung

Der Medizinsoziologe Aaron Antonovsky hat mit seinem Model der Salutogenese einen entscheidenden Einfluss auf das Gesundheitswesen ausgeübt. Im Gegensatz zum defizitorientierten Blick, wird die Aufmerksamkeit durch den stattgefundenen Paradigmenwechsel nunmehr auf gesundheitsfördernde und –erhaltende Prozesse gerichtet, die dem Menschen dazu verhelfen widrige Lebensumstände zu bewältigen (vgl. Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2014, S. 14). Für eine gesunde Entwicklung von Kindern spielen in diesem Sinne Ressourcen und Schutzfaktoren sowie die allumfassende Kompetenz einer resilienten Persönlichkeit eine bedeutsame Rolle.

Ressourcen werden als „aktuell verfügbare ... Potenziale, die die Entwicklung unterstützen“ (Petermann/Schmidt 2006, S. 119) bezeichnet. Ressourcen können als Schutzfaktoren dienen, sofern diese Fehlentwicklungen entgegenwirken (ebenda, S. 122). Wie Wustmann betont, tragen protektive Faktoren dazu bei, dass Kinder Problemsituationen erfolgreich meistern, Risikofaktoren kompensieren und der Manifestation von Störungen entgegenwirkt wird (vgl. Wustmann 2004, S. 46). In diesem Zusammenhang gewinnt Resilienz „als Fähigkeit, personale und soziale Ressourcen als Schutzfaktoren einsetzen zu können“ (Schneider/Pickartz 2004 zitiert in Lenz 2014a, S. 150) an Bedeutung. In der wissenschaftliche Literatur wird Resilienz zugleich als „psychische Widerstandsfähigkeit von Kindern gegenüber biologischen, psychologischen und psychosozialen Entwicklungsrisiken“ definiert (Wustmann 2004, S. 18). Individuen, die trotz massiver Beeinträchtigung einen positiven Entwicklungsverlauf zeigen werden demnach als resilient charakterisiert, was im Fachdiskurs ebenso mit Stressresistenz, psychische Elastizität oder psychische Robustheit beschrieben wird (ebenda).

Das Konzept der Resilienz zielt darauf ab, Bewältigungskapazitäten aufzubauen, Stressbewältigung zu fördern und Heranwachsende dabei als aktive Gestalter ihrer Umwelt anzuerkennen (ebenda, S. 68).

Psychische Elastizität kennzeichnet keine beständige, lebensfeldübergreifende Eigenschaft, sondern unterliegt einer zeitlichen und situativen Veränderung. Während sich Kinder in einem Lebensbereich widerstandsfähig zeigen, können sie anderen Beeinträchtigungen durchaus verletzbar gegenüberstehen (vgl. Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2014, S. 11). Auch gilt es zu beachten, dass Resilienz kein angeborenes Persönlichkeitsmerkmal ist, sondern in der komplexen Interaktion zwischen dem Kind und seiner sozialen Umwelt entsteht und somit auf die verfügbaren personen- und umfeldbezogenen Ressourcen begrenzt ist (vgl. Petermann/Schmidt 2006, S. 121).

Es ist zu beobachten, dass der Resilienzforschung in der Fachdebatte in den letzten Jahr-

zehnten eine zunehmende Beachtung zuteil wurde. Wie Werner in einem Überblick darstellt, ist bisher in über sechszehn internationalen Längsschnittstudien die Lebens- und Bewältigungssituation von Kindern, die trotz signifikanter Belastung wie elterliche Psychopathologie, Armut, Missbrauch und/oder fataler Familienverhältnissen, einen positiven Entwicklungsverlauf zeigen, untersucht worden (vgl. Werner 2008b, S. 311-315). Aus den empirischen Befunden konnten verschiedene Schutzfaktoren für eine gesunde Entwicklung von Kindern eruiert werden. Dies soll im Folgenden anhand der, als Pionierarbeit geltenden, Kauai-Studie von Werner und Smith exemplarisch betrachtet werden.

3.3.2 Allgemeine Schutzfaktoren – Erkenntnisse aus der Resilienzforschung

Auf welche Weise sich psychosoziale Risikofaktoren, kritische Lebensereignisse und protektive Faktoren auf die Entwicklung von Kindern auswirkt, wurde von Werner und ihren Mitarbeitern in der Kauai-Längsschnittstudie empirisch hinterfragt. Hierzu wurden 698 Kinder, die im Jahr 1955 auf der Insel Kauai geboren wurden, über 40 Jahre von interdisziplinären Fachkräften beobachtet, interviewt und medizinisch und psychologisch begutachtet. Bei 30 Prozent der Kinder konnte aufgrund von chronischer Armut, familiärer Disharmonie und Psychopathologie der Eltern ein hohes Entwicklungsrisiko identifiziert werden. Während zwei Drittel dieser Risikokohorte infolge des hoch belasteten Herkunftsmilieus massive Lern- und Verhaltensprobleme sowie delinquente und psychische Auffälligkeiten entwickelten, reifte ein Drittel trotz desolater Lebensverhältnisse zu psychisch gesunden Erwachsenen heran. Die positiven Entwicklungsverläufe konnten im Ergebnis auf persönliche, familiäre und soziale Schutzfaktoren zurückgeführt werden (vgl. Werner 2008b, S. 21).

Neben etlichen anderen Langzeitstudien zur Resilienz, bestätigt auch die von Lösel und Bender durchgeführte Bielefelder Invulnerabilitätsstudie die Erkenntnisse der Kauai-Längsschnittstudie. Zwar wurde die Bielefelder Invulnerabilitätsstudie im mitteleuropäischen Kulturkreis durchgeführt und fokussierte jugendliche Heimkinder als Risikogruppe, aber dennoch belegt das Ergebnis die gleichen Faktoren als protektive Einflussgrößen (vgl. Lösel/Bender 2008, S. 57ff). Aufgrund der kompatiblen Forschungsbefunde kann somit an dieser Stelle von generalisierte Resilienzfaktoren ausgegangen werden. Resilienzfaktoren sind „Eigenschaften, die das Kind in der Interaktion mit der Umwelt sowie durch die erfolgreiche Bewältigung von altersspezifischen Entwicklungsaufgaben im Verlauf erwirbt; diese Faktoren haben bei der Bewältigung von schwierigen Lebensumständen eine besondere Rolle“ (Wustmann 2004, S. 46).

Die empirisch belegten protektiven Faktoren sind für Kinder psychopathologischer Eltern von beträchtlicher Bedeutung. In Anhang 2 ist eine Übersicht von schützenden Faktoren,

die einstimmig in verschiedenen empirischen Untersuchungen identifiziert worden sind, zu finden (vgl. Wustmann 2004, S. 115f). Die aufgelisteten Ressourcen bilden entscheidende Ansatzpunkte für die zu ermittelten Interventionsstrategien der SPFH (vgl. 4. Kapitel) und haben eine bedeutsame Relevanz für die Stärkung der betroffenen Kinder. Daher werden als wesentlich erachtete Schutzfaktoren nachstehend kurz skizziert.

3.3.2.1 Persönliche Schutzfaktoren

Personelle Ressourcen finden sich nachfolgend in einem ausgeglichenen Temperament, der Selbstwirksamkeitsüberzeugung und Problemlösefähigkeit, einem positiven Selbstwertgefühl, hohen Sozialkompetenzen und schulischen Leistungserfolgen wieder.

Ausgeglichenes Temperament

In der Kauai-Längsschnittstudie werden resiliente Kinder bereits im Säuglingsalter als aktiv, liebevoll und aufgeschlossen beschrieben. Ihre Anpassungsfähigkeit sowie ihr fröhliches und kontaktfähiges Temperament führt bei Eltern und anderen Bezugspersonen zu einer aufmerksamen, liebevollen und zugewandten Interaktion (vgl. Lenz 2014a, S. 153).

Selbstwirksamkeitsüberzeugung und Problemlösefähigkeit

Ein weiterer belegter protektiver Faktor ist die Selbstwirksamkeitserwartung. Widerstandsfähige Kinder vertrauen auf ihre eigenen Fähigkeiten. Aus der internalen Kontrollüberzeugung resultiert das Gefühl Situationen kontrollieren, Probleme bewältigen und Ereignisse beeinflussen zu können (vgl. Fröhlich-Glidhoff/Rönnau-Böse 2014, S. 47).

In diesem Zusammenhang kann die beschriebene Parentifizierung als eine Strategie von Kindern psychisch kranker Eltern angesehen werden, die es ihnen erlaubt durch frühzeitige Verantwortungsübernahme Einfluss auf die familiäre Lebenssituation zu nehmen und durch eigenes Handeln etwas bewirken zu können.

Positives Selbstwertgefühl

In Verbindung mit der Selbstwirksamkeitsüberzeugung verfügten die resilienten Kinder der Kauai-Studie auch über ein positives Selbstwertgefühl. Die Heranwachsenden sind mit sich zufrieden, entwickeln ein affirmatives Selbstkonzept und vertrauen auf ihr eigenes Können. Auf dieser Grundlage stehen die Kinder Veränderungen im Alltag oder unbekannteren Situationen erwartungsvoll und neugierig gegenüber (vgl. Lenz 2014a, S. 154).

Hohe Sozialkompetenzen, spezielle Interessen und Hobbys

Neben einem positiven Selbstwertgefühl beeinflussen emotionale Kompetenzen, Empa-

thie und Kommunikationsfähigkeiten die Handlungsmöglichkeiten in sozialen Interaktionen (vgl. Fröhlich-Glidhoff/Rönnau-Böse 2014, S. 49). Im Vergleich zu weniger widerstandsfähigen Kindern, konnten resiliente Heranwachsende eigene Gefühle adäquat wahrnehmen und zum Ausdruck bringen, sich gut in andere einfühlen, Konfliktstrategien entwickeln und leichter Freundschaften schließen (vgl. Lenz 2014a, S. 155). Durch die gemeinsame Ausübung von Hobbys und Interessen mit Gleichaltrigen wurden im Kontext der widrigen Lebensumstände Stresssituationen verringert und lustvolle sowie spaßbetonte Aktivitäten ermöglicht (vgl. Wustmann 2004, S. 102f).

Schulische Leistungsfähigkeit

In den empirischen Untersuchungen gelang es resilienten Kindern des Weiteren ihre eigenen Fähigkeiten wirksam zu nutzen. Ein ausgeprägtes Konzentrations- und Ausdauervermögen führte zu schulischen Leistungserfolgen. Die hieraus erwachsende Selbstbestätigung und soziale Anerkennung wird als kompensierender Faktor für die vorherrschenden familiäre Belastungssituation angesehen (vgl. Lenz 2014a, S. 154).

3.3.2.2 Familiäre Schutzfaktoren

Neben den persönlichen Ressourcen, wird in der Literatur einstimmig auf die Bedeutung familiärer Schutzfaktoren hingewiesen (vgl. Wustmann 2004, S. 107-111; Plass/Wiegand-Grefe 2012, S. 74f; Pretis/Dimova 2004, S. 70-73). Für die weitere inhaltliche Ausführung dieser Arbeit gelten unterdessen die Bindungsqualität, förderliche Erziehungskompetenzen und das familiäre Klima als maßgebliche familiäre Schutzfaktoren.

Sichere Bindung zu mindestens einer stabilen Bezugsperson

Werner und ihre Mitarbeiter erkannten, dass resiliente Kinder trotz der familiären Belastungssituation eine enge Bindung mit mindestens einer kompetenten und stabilen Bezugsperson aufbauen konnten. Speziell in Familien mit einem psychisch kranken Elternteil kam der Funktion von Großeltern, Geschwistern und Verwandten als stabile Pflegeperson und Identifikationsfigur eine wesentliche Rolle für eine gesunde Entwicklung der Kinder zu (vgl. Werner 2008a, S. 24). Auch hier sei die Wichtigkeit einer sicheren, feinfühligem Bindung nochmals betont. Ein Teil der Risikokohorte konnte durch fürsorgliche, kontinuierliche und zuverlässige Beziehungserfahrungen ein positives internes Arbeitsmodell von sich und der Umwelt entwickeln, wodurch die Entstehung eines affirmativen Selbstbildes und umfassenden sozialen Kompetenzen in erheblichem Maße gestärkt wurde (vgl. Wustmann 2004, S. 107f).

Förderliche Erziehungskompetenzen

Die empirischen Längsschnittstudien lassen zudem erkennen, „dass eine emotional positive, zugewandte, akzeptierende und zugleich normorientierte, angemessen fordernde und kontrollierende Erziehung eine zentrale Bedeutung von Resilienz hat“ (Wustmann 2004, S. 111). Diesen Aspekten entsprechend, wird in der Literatur der autoritative/demokratische Erziehungsstil als förderlich angesehen. Durch emotionale Wertschätzung, offene sowie konstruktive Kommunikation und klaren, konsistenten Verhaltensregeln lernt das Kind indessen das eigene Verhalten zu regulieren, selbstverantwortlich zu handeln, Grenzen zu akzeptieren, mit Erfolg und Misserfolg umzugehen, eigene Stärken zu erkennen und Entscheidungen zu treffen (ebenda, S. 109).

Darüber hinaus liegt ein weiterer wichtiger familiärer Schutzfaktor in dem Vorhandensein von klar erkennbaren Alltagsstrukturen und gleichbleibenden familiären Abläufen (vgl. Pretis/Dimova 2004, S. 71).

Harmonische Interaktionen und positive Partnerschaftsbeziehung

In der Paarbeziehung der Eltern spiegelt sich darüber hinaus ein weiterer protektiver Faktor der Familie wider. Lenz vergleicht die Eltern mit den „Architekten der Familie“, die das soziale Fundament errichten. Der familiäre Lebensbereich wird in entscheidender Weise durch die Konfliktlösungsstrategie und Kommunikation der Eltern beeinflusst und dient den Kindern als Lern-, und Entwicklungsfeld (vgl. Lenz 2014a, S. 158f). Wustmann führt an, dass familiäre Stabilität, die nicht zuletzt durch gemeinsame Unternehmungen, familiäre Rituale oder strukturierte Tagesabläufe gekennzeichnet wird, ein wichtiger Resilienzfaktor für Kinder ist und vor allem in Krisenzeiten pathologischen Entwicklungsverläufen entgegenwirken kann (vgl. Wustmann 2004, S. 110).

3.3.2.3 Soziale Schutzfaktoren

Nicht zuletzt sind darüber hinaus soziale Ressourcen entscheidend an der Beeinflussung kindlicher Entwicklungsqualitäten beteiligt und können Belastungsfaktoren nachhaltig modulieren. Neben sozialer und emotionaler Unterstützung, kommt auch den positiven Erfahrungen in der Schule und der Freizeit eine wesentliche Bedeutung zu.

Soziale und emotionale Unterstützung

Nach Erkenntnis der Resilienzforschung ist die Widerstandsfähigkeit von Kindern mit der Verfügbarkeit von sozialen Kontakten außerhalb der Familie verbunden. Neben Lehrern, Bekannten oder Freunden, können hier auch Personen aus Sportvereinen oder Kindergruppen als wichtige Bezugspersonen fungieren. Soziale Ressourcen tragen im entschei-

denden Maße zur Bewältigung von familiären Belastungen bei, fördern die kindliche Entwicklung und vermitteln den Heranwachsenden ein Gefühl von Geborgenheit, Anerkennung und sozialer Einbindung (vgl. Plass/Wiegand-Grefe 2012, S. 75). Wie Lenz betont, ist das Einverständnis der Eltern die Grundlage dafür, dass Kinder sich außenstehenden Personen anvertrauen dürfen und können (vgl. Lenz 2014a, S. 159).

Positive Erfahrungen in der Schule und der Freizeitgestaltung

Dass resiliente Kinder gerne die Schule besuchten und sie diese nicht selten als „zweite Heimat“ charakterisieren (vgl. Werner 2008a, S. 25), ist ferner ein auffälliger Befund der Kauai-Längsschnittstudie. Neben der Schule, als „Ort der Anerkennung, Zuwendung, der Bestätigung und der Einbindung in ein Freundschaftsnetzwerk“, werden auch Freizeitgruppen, Kirchengemeinden oder Sportvereine als wirksames Unterstützungssystem für Risikokinder identifiziert. Gemeinsame Aktivitäten, Erholung und freudvolle Betätigungen bewirken gerade in schwierigen Lebenssituationen einen Ausgleich sowie eine maßgebliche Bewältigungshilfe für psychosoziale Belastungen (vgl. Lenz 2014a, S. 160).

3.3.3. Spezifische Schutzfaktoren für Kinder psychisch kranker Eltern

Die zuletzt aufgezeigten allgemeinen Resilienzfaktoren sind für eine gesunde kindliche Entwicklung unter verschiedenen Risikokonstellationen von erheblichen Belangen. Darüber hinaus konnten, wie das folgende Kapitel beleuchtet, mittlerweile auch spezifische Schutzfaktoren für Kinder psychisch kranker Eltern empirisch ermittelt werden (vgl. Bohus et al 1998, S. 134; Sollberger et al. 2008, S. 186; Lenz 2014b, S. 171). Hierzu zählen das spezifische Krankheitswissen sowie der familiäre Umgang mit der Krankheit.

Spezifische Krankheitswissen und Informationsvermittlung

Die Untersuchung zum Problembewusstsein im klinischen Alltag führt nach Bohus et al. zu dem Ergebnis, dass eine altersgemäße Aufklärung über den Charakter und die Symptomatik der Erkrankung für Kinder psychopathologischer Eltern einen wesentlichen personalen Schutzfaktor verkörpert (vgl. Bohus et al. 1998, S. 134). Diese Erkenntnis konnte auch in der empirischen Studie mit erwachsenen Kindern psychisch kranker Eltern von Sollberger et al. bestätigt werden (vgl. Sollberger et al. 2008, S. 186). Eine altersgemäße und entwicklungsgerechte Informationsvermittlung (Psychoedukation) hilft den Heranwachsenden die Verhaltensweisen der Eltern besser zu verstehen, aus der Unwissenheit resultierende Schuldgefühle und Sorgen abzubauen, die prekäre familiäre Lebenssituation durch neue Perspektiven und Handlungsspielräume zu bewältigen und folglich ein Gefühl der Beeinflussbarkeit und Kontrolle zu gewinnen (vgl. Lenz 2014b, S. 171).

Umgang mit der Krankheit

Des Weiteren wird auch der Art des Umgangs mit der Krankheit von Seiten der Eltern und familiären Bezugspersonen in der Fachliteratur ein hoher protektiver Wert für betroffene Kinder beigemessen. „Wenn die Eltern einen guten angemessenen Umgang mit der Situation vorleben, helfen sie den Kindern, sich in dem oft schwierigen Alltag zurechtzufinden und die Belastung verarbeiten zu können“ (Lenz 2014a, S. 166). Ein angemessener Umgang basiert nach Ansicht von Lenz vorwiegend auf einer adäquaten Krankheitseinsicht und –akzeptanz des betroffenen, wie auch des gesunden, Elternteils.

Zusätzlich sind Gespräche der Eltern miteinander und eine offene Kommunikation mit den Kindern, die jederzeit die Beantwortung von Fragen der Heranwachsenden erlaubt, von wesentlicher Bedeutung. Neben der Nutzung von psychotherapeutischen und psychiatrischen Behandlungsmöglichkeiten zählt auch die Verständigung mit außenstehenden Vertrauenspersonen der Familie zu einem offenen aktiven Umgang mit der Krankheit. Werden enge vertraute Personen über die familiäre Lebenssituation in Bilde gesetzt, können oftmals lebenspraktische Hilfen initiiert und die Familie, besonders aber die Heranwachsenden, bei der Alltagsbewältigung unterstützt werden (vgl. Lenz 2014a, S. 166f).

3.4 Zusammenfassende Betrachtung

Einleitend wurde betrachtet, welchen besonderen Risiko- und Belastungsfaktoren Kinder psychopathologischer Eltern ausgesetzt sind. Demgegenüber verkörpern die dargestellten Befunde der Resilienzforschung protektive Faktoren, welche die Entwicklungsprognose von Heranwachsenden aus unterschiedlichen Risikokonstellationen positiv beeinflussen können. Die bisherigen Erkenntnisse der vorliegenden Arbeit sind in der nachfolgenden Abbildung zusammenfassend veranschaulicht.

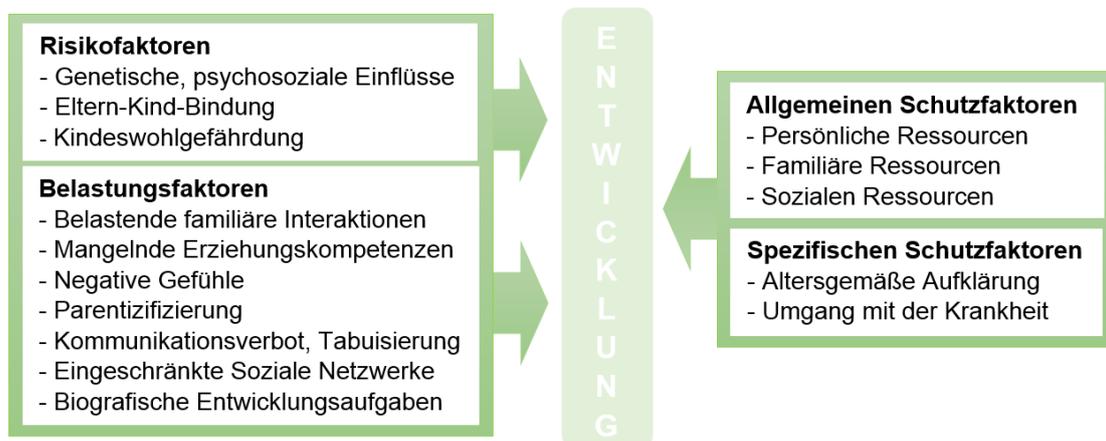


Abbildung 3: Entwicklungsbeeinflussende Faktoren von Kindern psychisch kranker Eltern

Berücksichtigt man die erarbeiteten Inhalte ist auffallend, dass etliche, als protektiv benannte, Faktoren der besonderen Lebenskonstellation von Kindern psychisch kranker Eltern folgewidrig gegenüberstehen und der beschriebenen Zielgruppe nicht problemlos zugänglich sind. So werden beispielsweise sichere Bindungserfahrungen durch die krankheitsbedingte dysfunktionale Eltern-Kind-Interaktion massiv beeinträchtigt. Eine altersadäquate Krankheitsaufklärung der Kinder scheint unvereinbar mit mangelnden familiären Kommunikationsprozessen sowie Tabuisierungstendenzen und die außerfamiliäre soziale Unterstützung korreliert mit dem Familiengeheimnis der psychischen Krankheit. Diese Befunde verdeutlichen an dieser Stelle nochmals inständig die schwierige Lebenslage und die erhöhte Gefahr für pathologische Entwicklungsverläufe, denen Heranwachsende im Kontext der elterlichen Erkrankung gegenüberstehen.

Wolf macht diesbezüglich auf die Belastungs-Ressourcen-Balance aufmerksam, wonach „bedeutsam für die Bewältigungschancen ... die Relation von Belastungen und Ressourcen, also das Verhältnis von Belastungen einerseits und Ressourcen andererseits [ist]“ (Wolf 2012, S. 63). Diese Bilanz wird als prozesshaft und dynamisch charakterisiert, kann durch pädagogisches Handeln positive Beeinflussung erfahren und neue Entwicklungsperspektiven für die Kinder und ihre Familien hervorbringen (ebenda). Auch Frindt gibt zu bedenken: „Nicht die Belastung in der Familien alleine beeinträchtigen die Kinder, sondern eine ungünstige Relation zwischen Belastung und protektiven Ressourcen. Neben der Reduzierung der Belastung ist daher die Stärkung der protektiven Ressourcen ein zentrales Interventionsziel“ (Frindt 2009a, S. 259).

In der zitierten Forderung von Frindt werden bereits erste Bedarfe für die Arbeit der SPFH in Familien mit einem psychisch kranken Elternteil erkennbar. Neben der Beachtung der besonderen Problemlage der Zielgruppe, verkörpern vor allem die Befunde der Resilienzforschung essentielle Ansätze für sozialarbeiterische Interventionsstrategien. Die Fachkräfte stehen vor der Frage, wie das familiäre Lebensfeld beeinflusst werden kann, damit die Adressaten durch die Aktivierung von personellen, familiären und sozialen Ressourcen neue Bewältigungsstrategien entwickeln und die Lern- und Entwicklungsmöglichkeiten der Kinder trotz der psychischen Erkrankung der Eltern von bestmöglichen Voraussetzungen geprägt werden können. Ausgehend von den dargestellten Inhalten dieses Kapitels ist es daher nun an der Zeit explizit zu ergründen, welche Handlungsansätze sich für die Intervention der SPFH zur Stärkung von Kindern in Familien mit einem psychisch kranken Elternteil ergeben.

4. Handlungsansätze der SPFH für die Intervention in Familien mit einem psychisch kranken Elternteil

Das nun folgende Kapitel widmet sich der Kernfrage dieser Arbeit. Für eine effektive und wirksame SPFH ist die sozialpädagogische Diagnostik zu Beginn jeder Hilfe als fundamental zu betrachten und wird infolgedessen einleitend aufgegriffen. Die folgenden Kapitel zielen auf die Darstellung spezifischer Handlungsansätze der SPFH zur Stärkung von Kindern psychisch kranker Eltern ab, welche sich aus den Erkenntnissen der vorherigen Grundlagenkapitel ergeben. Hierbei werden die Befunde der Resilienzforschung in besonderer Weise berücksichtigt. Dies wird sich auch in der Strukturierung der nachfolgenden Kapitel zeigen.

Es ist nicht das Anliegen bereits bestehende präventive Versorgungsangebote zu beleuchten, sondern spezifisch auf die SPFH zugeschnittene Interventionsstrategien zu entwickeln. Stellenweise können diese Projekte jedoch auch bedeutungsvolle Ansätze für die SPFH enthalten und werden daher in der folgenden Ausführung gelegentlich in Betracht gezogen. Auch ist es wichtig zu betonen, dass der Leser für die Dimensionen und Grundhaltungen pädagogischen Handelns (z. B. Gewinnen von Vertrauen), wie sie beispielsweise von Woog beschrieben werden (vgl. Woog 2010, S. 185-190), in dieser Arbeit nicht explizit sensibilisiert, sondern ein Wissen hierüber als Grundlage sozialpädagogischen Handelns in der SPFH vielmehr als Prämisse vorausgesetzt wird.

4.1 Sozialpädagogische Diagnostik – Ermittlung von Belastungen und Ressourcen

Wolf führt die Grundstruktur sozialpädagogischer Intervention auf die Komponente Sozialpädagogischen Diagnose, Interventionsplanung, Intervention und Evaluation zurück (vgl. Wolf 2012, S. 77-87). Zwar ist die präzise Darstellung der einzelnen Elemente kein Gegenstand dieser Bachelorarbeit, aber dennoch gilt: „Um frühzeitig gezielte und wirksame Hilfen für Kinder psychisch kranker Eltern einleiten zu können, ist eine Einschätzung der familiären Belastungen und Gefährdungen des Kindes sowie der individuellen, familiären und sozialen Ressourcen bzw. Resilienzen erforderlich“ (Lenz 2014a, S. 217). Erst auf der Basis einer differenzierten Erfassung von familiären Belastungen, Auffälligkeiten und Problemen sowie der Exploration von Fähigkeiten und Ressourcen lassen sich konkrete, bedarfsorientierte Handlungsansätze für die Intervention der SPFH ableiten.

Nach Schone und Wagenblass gilt es im Rahmen der Sozialpädagogischen Diagnostik „ein möglichst facettenreiches Bild der Personen, seiner Biografie und seiner Lebenssituation, seiner Probleme und Handlungsmuster sowie seiner Entwicklungsmöglichkeiten zu

entwerfen“ (Schone/Wagenblaus 2006b, S. 216). Da sich dieser Schritt an großer Notwendigkeit bedient, werden nun ausgewählte Diagnoseinstrumente exemplarisch skizziert. Diese erscheinen für die beschriebene Zielgruppe wesentlich und erleichtern die Analyse von Belastungs- und Ressourcenprofilen für die Fachkraft der SPFH.

Fragenkatalog

Für eine diagnostische Einschätzung beobachtet der Sozialarbeiter familiäre Interaktionen sowie die Bewältigung von Alltagssequenzen, nonverbale Zeichen und Verhaltensweisen der einzelnen Familienmitglieder. Daneben liefern besonders Gespräche mit den Adressaten handlungsleitenden Informationen (vgl. Wolf 2012, S. 79). Indem Interviewleitfäden und Fragenkataloge die wesentlichen Kernbereiche für den Dialog zwischen Fachkraft und Klienten berücksichtigen, können diese einen Zugang zu einer strukturierten Gesprächsführung eröffnen und eine Orientierungshilfe für eine ganzheitliche sozialpädagogische Diagnostik bieten.

In diesem Sinne stellt Lenz einen Fragenkatalog für die gezielte Exploration von Belastungs- und Resilienzfaktoren in Familien mit einem psychisch kranken Elternteil vor (vgl. Anhang 3). Dieser berücksichtigt, analog zu den in Kapitel drei beleuchteten Themen, wesentliche Risikobereiche betroffener Heranwachsender (vgl. Lenz 2014a, S. 218ff). Klar sollte sein, dass die Fragen nicht reihenweise nacheinander abzufragen sind, sondern vielmehr Anhaltspunkte für strukturierte Gesprächssequenzen bereithalten.

Genogramm

Ein Genogramm wird auch als „Familienbaum“ oder „Familienbiografie“ beschrieben, wobei familiäre Beziehungen in einem übergeordneten Rahmen grafisch dargestellt werden. Das Genogramm bietet einen schematischen Überblick über Muster, Probleme und Themen, die über Generationen vorkommen und die gegenwärtige Interaktion der Familie beeinträchtigen können. Es ermöglicht dem Sozialarbeiter auf diese Weise das Verstehen von familiären Systemkonstellationen (vgl. Erler 2011, S. 36-39). Neben Name und Alter der Familienmitglieder werden im Genogramm auch Daten wie Geburten, Hochzeiten, Trennungen, Scheidungen, Todesfälle und weitere wichtige Ereignisse wiedergeben. Zusätzlich sind hierin Angaben über Beruf, Wohnort, Krankheiten und andere Veränderungen im Lebenslauf enthalten. Diese Daten sollten über mindestens drei Generationen erfasst werden (vgl. Burnham 2009 zitiert in Erler 2011, S. 37). In Abbildung 4 werden die Symbole, die im Familienbaum Verwendung finden, erläutert und anhand eines exemplarischen Genogramms veranschaulicht.

4. Handlungsansätze

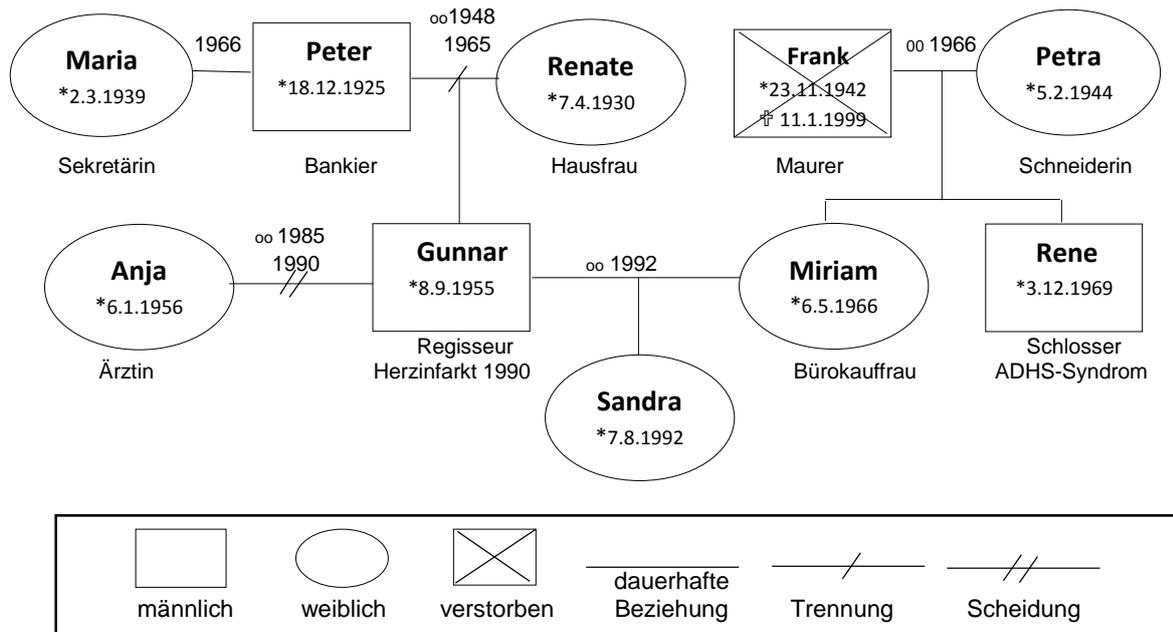


Abbildung 4: Symbole des Genogramms und exemplarische Darstellung (vgl. Erler 2011, S. 37f)

Auch in Familien mit psychisch erkrankten Eltern kann sich der Familienhelfer durch das Genogramm ein Bild von der Familienstruktur machen, Beziehungskonstellationen hinterfragen und die transgenerationale Weitergabe von psychopathologischen Störungen erfassen. Ferner eröffnet diese Technik die Möglichkeit erste innerfamiliäre Ressourcen in der Verwandtschaft zu erschließen und wichtige Bezugspersonen für das Kind zu identifizieren.

Screeningbogen zur Erfassung der kindlichen Versorgung und den Zugang zu protektiven Ressourcen außerhalb der Familie

Im Sinne einer Kindeswohlentsprechenden Entwicklungsförderung ist es zu Beginn der Hilfe maßgeblich, die kindliche Versorgung in der Familie zu hinterfragen, um sicherzugehen, dass das Kind auch in der Obhut von psychisch erkrankten Eltern sicher untergebracht ist. In diesem Sinne wird in der Literatur auf ein Diagnoseinstrument verwiesen, welches von Fachkräften der SPFH in Kooperation mit der Uni Siegen in Anlehnung an die Maslowsche Bedürfnispyramide entwickelt wurde. Das vollständige Dokument kann in Anhang 4 eingesehen werden (vgl. Uni Siegen o. J.).

Die Operationalisierung von konkret beurteilbaren Indikatoren (z. B. Ernährung, min. eine warme Mahlzeit am Tag), so Frindt, lässt eine individuelle Einschätzung der Versorgungssituation des einzelnen Kindes in der Familie unter der Beachtung von vier Kriterien zu. Zusätzlich wird geprüft, ob bei der Versorgung Dritte beteiligt sind und ob diese positiven (+) oder negativen (-) Einfluss nehmen. Exemplarisch kann hier ein Kindergarten betrachtet werden, der dem Kind ein warmes Mittagessen gewährt. Aber auch andere Institutio-

nen, Familienmitglieder oder Bekannte können unter „Dritte“ deklariert werden. Zudem gewährt das Diagnoseinstrument die Beantwortung folgender Fragen: Welche kindlichen Bedürfnisse sind in der Familie abgedeckt? Wo ist die Versorgung nur unzureichend oder nicht erfüllt? Wer kann als hilfreicher Dritte die kindliche Notsituation kompensieren? Wie kann der Zugang hergestellt werden? Die enthaltenen Leerzeilen lassen Ergänzungen individueller Entwicklungsdimensionen zu. Ausgehend von diesem diagnostischen Schritt erfolgt eine Gegenüberstellung von Belastungen und Ressourcen, wie sie bereits im Rahmen der Belastungs-Ressourcen-Balance vorgestellt wurde. Hieraus ergeben sich für die weitere Arbeit der SPFH konkrete, unabdingbare Interventionsstrategien (vgl. Frindt 2009b, S. 78).

Schon bei der Betrachtung der empirisch belegten Resilienzfaktoren, wurde deutlich, dass für Kinder psychopathologischer Eltern sozialen Ressourcen im außerfamiliären Umfeld eine hohe Bedeutung zukommt. Dieser Annahme folgend, bietet das vorgestellte Screeningverfahren neben der fundamentalen Einschätzung von Risiko- und Schutzfaktoren eine gute Möglichkeit, um einen Zugang zu Resilienzfaktoren im sozialen Umfeld zu ergründen. Um diesen Effekt nochmals verstärkter zu betrachten, erweist sich auch die Netzwerkkarte als zweckmäßiges Diagnoseverfahren.

Netzwerkkarte

Wie Abbildung 5 zeigt, visualisiert „Die Netzwerkkarte ... die sozialen Bezüge mithilfe verschiedener lebensweltlicher Felder, zeigt relevante Bezugspersonen und Konfliktpotential auf. Die Netzwerkmitglieder werden um ein die/den Klienten/in symbolisierendes Zentrum gruppiert“ (Friedrich 2012, S. 67f).

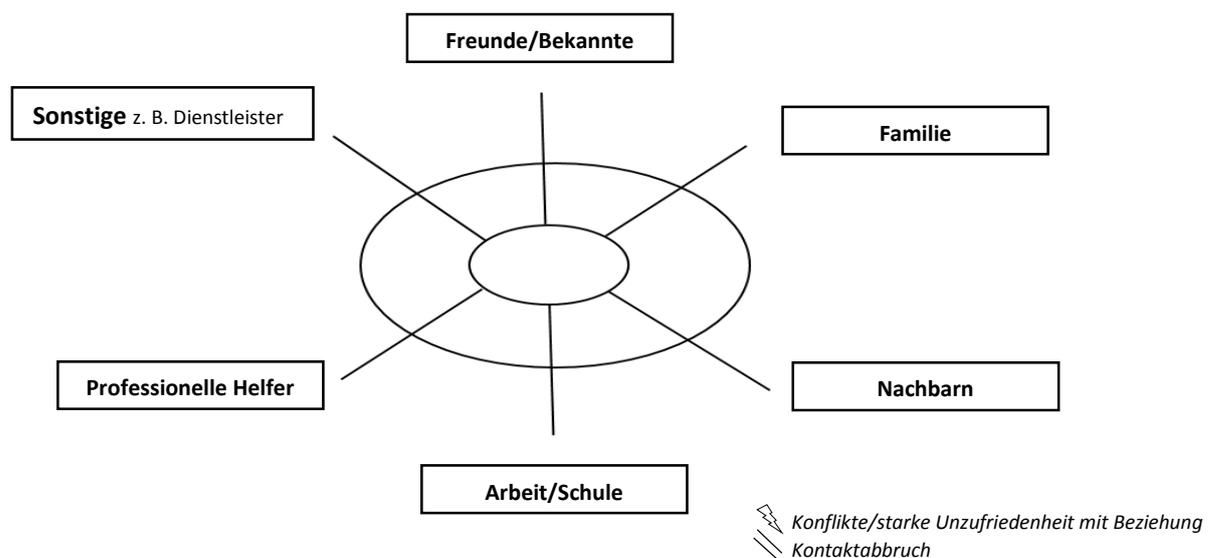


Abbildung 5: Netzwerkkarte (vgl. Friedrich 2012, S.68)

Die Netzwerkkarte kann mit den einzelnen Familienmitgliedern separat ausgefüllt werden und stellt die Adressaten der SPFH vor die Fragen: Wer gehört zu deinem Netzwerk? Wer spielt eine Rolle in deinem Leben? Die Anordnung der Namen auf der Karte erfolgt von innen nach außen: im inneren Kreis werden wichtige Bezugspersonen erfasst (ebenda, S. 123). Neben positiven Beziehungen, soll der Klient auch dazu ermuntert werden, weniger enge oder konflikthafte Beziehungen mit den entsprechenden Symbolen visuell zu notieren, damit der Sozialarbeiter einen guten Überblick über das vorhandene Potenzial erhält. Auch wenn die Netzwerkkarte als diagnostisches Verfahren eingesetzt wird, kann der Klient über das Medium bereits zu Reflexionsprozessen über die eigene Kontakt- und Beziehungsgestaltung motiviert und somit bereits erste Veränderungsprozesse aktiviert werden (ebenda, S. 70).

Die angeführten Diagnoseinstrumente sind als exemplarische Modelle neben einer Vielzahl weiterer Hilfsmittel für ein ganzheitliches sozialpädagogisches Fallverstehen anzusehen. Auf der Grundlage der ermittelten Belastungs- und Ressourcendimensionen werden im Hilfeprozess der SPFH im nächsten Schritt konkrete, bedarfsgerechte Interventionsstrategien verfolgt. Dies soll in Anbetracht der oben beschriebenen Lebenssituation von Kindern psychisch kranker Eltern nun Gegenstand der nächsten Kapitel sein.

4.2 Stärkung der kindlichen Bewältigungsressourcen

Betrachtet man die in Kapitel 3.3. dargestellten Erkenntnisse der Resilienzforschung, stellt sich nun die Frage wie sich die SPFH dieses Wissen zu Nutze machen kann und welche konkreten Handlungsstrategien sich hieraus für die Stärkung der kindlichen Bewältigungsressourcen ergeben. Ausgehend von den empirisch belegten persönlichen Schutzfaktoren scheint es maßgeblich das Kind in der Entwicklung einer positiven Selbstwahrnehmung zu fördern und seine Bewältigungskompetenzen durch einen Notfallplan zu verstärken. Wie bereits betont, stellt das Krankheitswissen einen spezifischen Schutzfaktor für Kinder psychopathologischer Eltern da. Sogleich sollte die Fachkraft der SPFH dem Kind des Weiteren einen Zugang zu einer altersgemäßen und entwicklungsadäquaten Informationsvermittlung eröffnen.

4.2.1 Entwicklung einer positiven Selbstwahrnehmung

Ein ausgeprägtes Selbstvertrauen, ein positives Selbstwertgefühl und eine hohe Selbstwirksamkeitsüberzeugung werden in der Fachliteratur als wesentliche persönliche Schutz-

faktoren für eine resiliente Persönlichkeit benannt (vgl. Pretis/Dimova 2004, S. 66ff; Lenz 2014a, S. 153; Fröhlich-Glidhoff/Rönnau-Böse 2014, S. 40ff). Diese entstehen „im Rahmen der Transaktion zwischen dem Kind und seiner personalen und gegenständlichen Umwelt“ (Weiß 2011, S. 337). Führt man sich die Inhalte des Grundlagenkapitels vor Augen, so wird schnell ersichtlich, dass Kinder psychisch kranker Eltern durch die mangelnde elterliche Responsivität, das Fehlen einer „sicheren Basis“, den empfundenen Schuldgefühlen sowie erlebten Demütigungs- und Stigmatisierungserfahrungen in der Entwicklung der oben genannten Kompetenzen massiv beeinträchtigt sein können. Hieraus erwächst die Notwendigkeit von Handlungsstrategien der SPFH, die den Kindern einen Zugang zu einem positiv besetzten Selbstbild und umfassenden Selbstwirksamkeitserfahrungen ermöglichen und sie bei der Entwicklung von psychischer Widerstandsfähigkeit auf diesem Weg unterstützt. Im Rahmen dessen wird die inhaltliche Ressourcenaktivierung, d. h. das Ansprechen von Stärken und Fähigkeiten der Kinder, zu einer bedeutungsvollen Aufgabe für die Fachkräfte (vgl. Lenz 2010, S. 98).

Für die Arbeit der SPFH mit den Kindern und ihren Eltern sind daher Methoden erforderlich, die den Blick auf die Stärken und Kompetenzen der Kinder richten und die Heranwachsenden so in ihrer Eigenwahrnehmung positiv beeinflussen. In der Literatur sind verschiedene Übungen zur Ressourcenstärkung und -förderung zu finden, die eine inhaltliche Adaption für die Intervention der SPFH erlauben und verschiedene Alters- und Entwicklungsstufen der Kinder berücksichtigen. So kann z. B. gemeinsam mit den Eltern „Das Buch der Stärken meines Kindes“ (vgl. Wolff/Stork 2012, S. 80-84) für die Heranwachsenden erstellt, mit den Kindern eine persönliche Ressourcenkarte angefertigt (ebenda, S. 85) oder verschiedene von Pretis und Dimova vorgestellte Spiele zur Förderung der Resilienz bei Kleinkindern, wie z. B. „Schutz/Schatzkiste“, „Hurra ich kann's“ oder „Eine Fahrt aufs Meer“ (vgl. Pretis/Dimova, S. 165-177) durchgeführt werden. Auch Görlitz präsentiert Übungen wie etwa „Das starke Ich“, „Das große und das kleine NEIN“, „Der geheime Ort“ oder „Was ich alles kann“, die auf den Aufbau von Selbstsicherheit und Selbstwirksamkeit, die Förderung von innerer Stabilität, der Schulung sozialer Wahrnehmung und der Mobilisierung von Selbsthilfepotenzial abzielen (Görlitz 2009, S. 85-131). Die Übungen können sowohl im Einzelsetting mit dem Kind oder auch in der gemeinsam Interaktion mit den Erziehungsberechtigten durchgeführt werden können. Die zuletzt genannte Übung ist exemplarisch in Anhang 5 zur Veranschaulichung abgebildet.

Weiß macht darüber hinaus darauf aufmerksam, dass die Ermöglichung von Selbstwert-schätzung, Selbstvertrauen und Selbstwirksamkeitserfahrungen im Weltbezug des Kindes in engem Zusammenhang mit der Rückmeldung vonseiten der Umwelt steht. „Aufgabe einer Resilienz unterstützenden Frühförderung ist es somit, dem Kind Handlungsmöglich-

keiten anzubieten, in denen es sich als „Bewirkender“ erfährt, und seine Handlungen und Handlungsergebnisse zu (be-)achten“ (Weiß 2011, S. 342). Somit kann der Sozialarbeiter in der Zeit, in der er die Familie begleitet, das Kind durch positive Aufmerksamkeit und der Rolle als „interessierter Begleiter“ und „feinfühligler Anreger“ (ebenda) indessen Selbstwahrnehmung positiv stärken. Anerkennung für gute Schulleistungen, das intensive Nachfragen über Hobbys und Freizeitaktivitäten oder das Vorführen lassen von Fertigkeiten und Hobbys kann die Entwicklung des kindliche Selbstwertgefühls und Selbstvertrauen erheblich begünstigen (vgl. Lenz 2010, S. 98). Aber auch die Eltern sollten für diese Rolle sensibilisiert werden (vgl. Kapitel 4.3.). „Erwachsene sollten die Kinder darin bestärken, auf ihre Fähigkeiten zu vertrauen, ihnen etwas zutrauen und nicht vorschnell eingreifen, sondern sie ermutigen, auch bei Schwierigkeiten weiterzumachen. Dabei hilft insbesondere, Kindern ihre Stärken und Kompetenzen aufzuzeigen“ (Fröhlich-Glidhoff/Rönnau-Böse 2014, S. 47).

An dieser Stelle darf auch nicht unbemerkt bleiben, dass das Phänomen der Parentifizierung im Hinblick auf die kindlichen Selbstwirksamkeitskräfte von Seiten der SPFH kritisch zu hinterfragen ist. Schon im Kapitel 3.2.4 wurde auf die möglicherweise positiven Auswirkungen der Rollenumkehr, wodurch das Kind eine Stärkung von Bewältigungskompetenzen und Selbstwertgefühl erfahren kann, aufmerksam gemacht. Auch wenn Parentifizierungstendenzen zunächst nicht förderlich erscheinen, ist es ratsam genau zu überprüfen, welche Aufgaben die Kinder übernehmen, wie diese sich auf das kindliche Entwicklungs- und Entfaltungspotenzial auswirken und welche positive Funktionen ggf. durch die Verantwortungsübernahme erreicht werden. Gemeinsam mit dem Heranwachsenden kann der Sozialarbeiter analysieren, welche Aufgaben im Haushalt normalerweise von Erwachsenen übernommen werden, wie bedeutsam die Mithilfe des Kindes für die Eltern ist und welche außerordentliche Anerkennung sich der Betroffene für seine Leistungsbereitschaft verdient.

Wie zu Beginn des Kapitels aufgezeigt, ist die eigene Selbstwahrnehmung eng mit den Erfahrungen der sozialen Interaktionen verwoben. Die Stärkung des kindlichen Selbstkonzeptes kann daher auch im Rahmen der Aktivierung sozialer Ressourcen, wie sie in Kapitel 4.4 beschrieben werden, gefördert werden.

Insgesamt bleibt festzustellen, dass die Förderung einer positiven Selbstwahrnehmung, die mit dem Aufbau von Selbstwertgefühl, Selbstwirksamkeitsüberzeugung und Selbstvertrauen einhergeht, im Sinne der Resilienzförderung gerade für Kinder psychopathologischer Eltern in der Intervention der SPFH von elementarer Bedeutung ist. Zwar sind diesbezüglich in der Literatur einige Methoden und Übungen zu finden, die für die Arbeit der

SPFH modifiziert werden können, aber dennoch fehlt es an tätigkeitsbezogenen Handlungsansätzen, deren Wirksamkeit bereits durch umfassende Evaluationsbemühungen gesichert sind und die kindliche Resilienzentwicklung erwiesenermaßen fördern. In diesem Bereich ist somit noch Entwicklungspotenzial für die professionelle Ausgestaltung der SPFH zu verzeichnen.

4.2.2 Erstellung eines Notfallplanes

Eine weitere Möglichkeit, um die Selbstwirksamkeit der Kinder zu fördern, liegt in der Erstellung eines Notfallplanes. Durch eine präzise und verbindliche Aufschlüsselung von Maßnahmen kann eine Krisensituation für alle Familienmitglieder handhabbarer und leichter zu bewältigen erscheinen. Ein schriftlich fixierter Notfallplan vermittelt Kindern die Sicherheit, sich in eskalierenden Krisensituationen an eine vertraute Person wenden zu können, ohne dabei mit Loyalitätskonflikten oder Schamgefühlen konfrontiert zu werden. Hieraus erwächst gleichzeitig ein resilienzförderndes Gefühl von Kontrolle, Schutz und Zuversicht für die betroffenen Heranwachsenden (vgl. Lenz 2014c, S. 99f).

Die SPFH kann dieses Medium nutzen, um die kindlichen Bewältigungsressourcen zu stärken. In diesem Fall wird gemeinsam mit den Eltern und Kindern ein solcher Plan angefertigt. Beck gibt zu bedenken, dass ein Notfallplan in „guten Zeiten“ als Vorsorge für „schlechte Zeiten“ zu erstellen und unter altersentsprechender Beteiligung aller Familienmitgliedern gemeinsam zu überlegen ist, welche Maßnahmen in einer akuten Krankheitsphase des betroffenen Elternteils unterstützend wirken. Sofern mehrere Kinder in einem Haushalt leben, ist für jedes ein separater Plan zu erstellen (vgl. Beck 2006, S. 50). Für die Fachkraft der SPFH gilt es zu beachten, dass der Notfallplan übersichtlich gestaltet ist und in einer für das Kind gut verständlichen Form, Vertrauenspersonen sowie deren Adressen und Telefonnummern aufzeigt. Zudem sollte das Dokument unterstützende Netzwerke beleuchten, Betreuungsmöglichkeiten ergründen und verbindliche Absprachen schriftlich fixieren. In Anhang 6 ist ein optionaler Notfallplan zu finden (vgl. Beck 2006, S. 51ff). Dieser muss im Einzelfall an die altersentsprechenden Fähigkeiten des Kindes angepasst und von dem Sozialarbeiter im Voraus ggf. inhaltlich adaptiert werden.

4.2.3 Psychoedukation

Auch wenn ein adäquates Krankheitswissen die psychische Widerstandsfähigkeit von Kindern in positiver Weise beeinflusst (vgl. Kapitel 3.3.3), wurde auf die hohe Zahl nicht informierter Kinder hingewiesen. Dies lässt einen weiteren notwendigen Handlungsansatz für die SPFH zur Stärkung kindlicher Bewältigungsressourcen erkennen. Entlang der Fra-

ge, wie eine positive Psychoedukation gestaltet werden kann, soll im Folgenden ein Leitfaden für eine altersgemäße Krankheitsaufklärung aufgezeigt und die Wichtigkeit dieses Interventionsschrittes für die Arbeit der SPFH verdeutlicht werden.

Psychoedukation ist als Wissensvermittlung zu verstehen, die beim Kind ein Verständnis und besseren Umgang mit der Krankheit fördert und sich im Rahmen eines wechselseitigen, partnerschaftlichen Prozess vollzieht. Krankheitsaufklärung sollte am subjektiven Erleben der Kinder anknüpfen, Raum für kindliche Fragen und Ängste bieten und ihrem individuellen Informationsbedürfnis Rechnung tragen.

In der qualitativ angelegten Studie von Lenz wurde ermittelt, dass sich die Unsicherheiten und Fragen der Kinder vorwiegend auf „den Umgang mit dem erkrankten Elternteil im familiären Alltag, mögliche Veränderungen im Familienleben durch die Erkrankung, Krankheitsursache und Verlauf der Krankheit, Unterschiede zwischen psychischen und körperlichen Krankheiten sowie Behandlungsverlauf und Erbeinflüsse“ beziehen (Lenz 2014a, S. 311f). Eine sich aus diesen Erkenntnissen ergebende Übersicht zu wesentlichen Bestandteil einer ressourcenfördernden Psychoedukation wurde von Albert Lenz zusammengestellt und wird für den Leser in folgender Abbildung dargelegt.

1. Umgang mit familiären Alltag

- ✓ Wenn Mutter oder Vater psychisch krank ist, beeinflusst das die ganze Familie und damit auch dich als Kind.
- ✓ Es sind nicht die Kinder, die verantwortlich sind, wie es den Eltern geht.
- ✓ Deine Mutter freut sich bestimmt, wenn du zu Hause mehr Verantwortung übernimmst: im Haushalt hilfst, mit den jüngeren Geschwistern Hausaufgaben machst etc. Aber ihre Krankheit geht dadurch nicht weg. Dazu braucht sie die Hilfe von Fachleuten

2. Krankheitsursache

- ✓ Psychische Erkrankungen sind nicht ansteckend.
- ✓ Fachleute denken mittlerweile, dass verschiedenen Faktoren daran beteiligt sind, wenn ein Mensch psychisch krank wird: eine größere Verletzlichkeit durch Belastungen, das Erleben von großen Belastungen im Leben und mangelnde bzw. nicht ausreichende Fähigkeiten mit Belastungen umzugehen
- ✓ Es ist niemals die Schuld der Kinder, dass Eltern krank werden.

3. Behandlung

- ✓ Es gibt mehrere Formen von Behandlungen für psychische Erkrankungen: Medikamente, damit zum Beispiel die Angst oder Traurigkeit nicht mehr schlimm ist und vor allem Gespräche über Probleme, um Lösungen zu finden.
- ✓ Eine Behandlung kann ambulant (d. h. die Mutter oder der Vater geht regelmäßig zu einem Therapeuten) oder stationär in einer psychiatrischen Klinik sein (d. h. die Mutter oder der Vater ist für eine Weile im Krankenhaus).

4. Krankheitsverlauf

- ✓ So verschieden Menschen sind, so verschieden verlaufen auch die psychischen Krankheiten.
- ✓ Es gibt psychisch kranke Menschen, die nach der Behandlung gesund sind und auch bleiben. Einigen psychisch kranke Menschen geht es über einen langen Zeitraum ganz gut, aber dann werden sie wieder krank und brauchen eine Behandlung

5. Erbeinflüsse

- ✓ Wir wissen, dass niemand die Krankheit direkt erbt.
- ✓ Es ist nicht so, dass du auch psychisch krank wirst, wenn deine Mutter oder dein Vater psychisch erkrankt.

Abbildung 6: Wesentliche Bestandteile der Psychoedukation (vgl. Lenz 2010)

Neben einer kindgerechten, d. h. dem Entwicklungsstand angemessenen Aufklärung, sollte die Psychoedukation situationsadäquat und behutsam erfolgen, dem Heranwachsenden zur Entwicklung neuer Handlungsstrategien verhelfen und in jedem Fall die Botschaft „Mama oder Papa haben mich trotz der Krankheit lieb“ vermitteln (vgl. Pretis/Dimova 2004, S. 59). Je nach gesundheitlicher Verfassung erweist es sich als besonders günstig, wenn direkt der betroffene Elternteil das Gespräch über die Erkrankung mit seinem Kind sucht. In vielen Fällen benötigen Erziehungsberechtigte Unterstützung, um eine angemessene Form der Aufklärung und kindgerechten Formulierung zu finden (vgl. Plass/Wiegand-Greife, S. 168). Lenz schlägt vor, die Psychoedukation im Rahmen von Familiengesprächen durchzuführen und die Eltern und Kinder auf „den Weg aus der Sprachlosigkeit und Tabuisierung“ (vgl. Lenz 2014a, S. 312) zu begleiten. Vorab erscheint es wesentlich, im Elterngespräch behutsam auf die Sorgen und Ängste der Eltern in Bezug auf die Informationsvermittlung einzugehen und sie für die Bedeutsamkeit des Krankheitsverständnisses der Kinder zu sensibilisieren. Sie sollten erfahren, dass ihr Kind auf diesem Weg Schuldgefühle, Verunsicherungen und Hilflosigkeit abbauen kann und zugleich in seinem Bewältigungsverhalten gestärkt wird (ebenda, S. 314ff).

Durch die, aus der Fachliteratur zusammengetragenen, Faktoren einer ressourcenfördernden Psychoedukation wird die Rolle des Familienhelfers in diesem Prozess leicht ersichtlich. Neben einfühlsamen und vorbereitenden Gesprächen mit den Eltern, begleitet der Sozialarbeiter die Familien bei der direkten Kommunikation über die Erkrankung und schafft so einen Zugang zu einem offenen und sensiblen Informationsaustausch im Sinne der kindlichen Resilienzstärkung. Natürlich kann es im Einzelfall auch dazu kommen, dass der psychopathologische Elternteil krankheitsbedingt nicht in der Lage ist, das Gespräch mit dem Kind zu suchen und der Sozialarbeiter dann in Absprache mit den Erziehungsberechtigten diese Aufgabe übernimmt.

In vielen Fällen ist es hilfreich, den Eltern Formulierungsvorschläge für die psychischen Erkrankungen an die Hand zu geben. Hierfür kann beispielsweise die Vorlage von Wunderer verwendet werden, welche etliche psychische Erkrankungen anschaulich und in einer gut verständlichen Form beschreibt. Der Wortlaut für Depression lautet beispielsweise: „Man kann nicht aufhören, traurig zu sein, und ist immer furchtbar müde. Man mag morgens nicht aufstehen, sich nicht anziehen, nichts kochen und nichts essen (...)“ oder

für Schizophrenie: „Man hört, sieht, fühlt oder riecht Sachen, die gar nicht da sind. Man hört z. B. Stimmen, die sonst keiner hört. Man sagt oder tut dann komische Dinge, die scheinbar keinen Sinn ergeben und manchmal Angst machen“ (Wunderer 2014, S.127f). Darüber hinaus ist es häufig wirkungsvoll Geschichten, Erzählungen und Aufklärungsliteratur für psychoedukative Gespräche mit Kindern einzusetzen. Dies bietet eine gute Möglichkeit, um an der Erfahrungswelt der Kinder anzusetzen und sie behutsam an das, mit Sorgen und Ängsten besetzte, Thema heranzuführen. Eine Übersicht mit verschiedenen, kindgerechten Materialien ist in Anhang 7 zu finden.

4.3 Mobilisierung familiärer Ressourcen

Neben den personellen Resilienzfaktoren, kommt den familiären Schutzfaktoren eine maßgebliche Bedeutung für eine gesunde kindliche Entwicklung zu (vgl. Kapitel 3.3.2.2). Gleichzeitig wurde im Grundlagenkapitel jedoch auch gezeigt, wie gravierend diese im Kontext einer elterlichen Erkrankung beeinträchtigt sein können. Berücksichtigt man neben den bereits herausgearbeiteten familiären Belastungsfaktoren, die Befunde der Resilienzforschung, wird ersichtlich, dass die Intervention der SPFH zur Stärkung betroffener Kinder auf den Ausbau der elterlichen Erziehungskompetenzen, der Förderung der Eltern-Kind-Bindung sowie der Erweiterung von familiären Kommunikationsprozessen abzielen sollte.

4.3.1 Stärkung der elterlichen Erziehungskompetenzen

Die Diskrepanz zwischen den beeinträchtigten Erziehungskompetenzen psychopathologischer Eltern (vgl. Kapitel 3.2.1) und der resilienzfördernden Wirkung eines positiven Erziehungsklimas (vgl. Kapitel 3.3.2.2) unterstreicht die Wichtigkeit der Stärkung und Förderung dieser Ressourcen im Rahmen der SPFH.

Auch wenn es mittlerweile zahlreiche Programme zur Steigerung der Erziehungsfähigkeit gibt (vgl. Wustmann 2004, S. 138) und unzählige Erziehungsratgeber die Bücherregale füllen, existieren bisher keine Konzepte, die speziell für die SPFH als handlungsleitende Ansätze zur Förderung der Erziehungsfunktion bei psychisch kranken Eltern eingesetzt werden können. Somit möchte folgendes Kapitel analysieren, welche wünschenswerten Komponenten die Erziehungskompetenzen prägen und wie diese in der Familienhilfe geschult werden können. Zwar werden hierzu hilfreiche methodische Ansatzpunkte und wesentliche Interventionsstrategien beleuchtet, aber dennoch müssen Fachkräfte in der Praxis die individuellen Hilfebedarfe, Handlungsmöglichkeiten und Lebenslagen der einzel-

nen Klienten in den Fokus der Intervention rücken. Dieses Kapitel soll insofern einen einführnden Überblick bieten und kann nicht als abgeschlossen betrachtet werden.

Was sind nun aber wichtige Bausteine einer wünschenswerten Erziehung? Die von Petermann und Petermann zusammengestellten Komponenten der Erziehungskompetenzen werden im Fachkreis mit großen Konsens als zentrale Ansatzpunkte eines förderlichen Erziehungsklimas anerkannt (vgl. Lenz 2014a, S. 300; Ehrlich 2011, S. 61) und sind in der nachstehenden Abbildung zusammengefasst.

Komponente der Erziehungskompetenz
1. Beziehungsfähigkeit <ul style="list-style-type: none">• Empathie und Perspektivenübernahme• Positive Gefühle zeigen• Ausdrücken von Zuneigung und Liebe• Geborgenheit und Schutz vermitteln• fürsorglich und zuverlässig sein
2. Kommunikationsfähigkeit <ul style="list-style-type: none">• zuhören• miteinander reden und erzählen• beobachten• angemessen auffordern• angemessen verbal und nonverbal reagieren
3. Fähigkeiten zur Grenzsetzung <ul style="list-style-type: none">• Absprachen treffen• Eindeutige Regeln setzen• Konsequenzen realisieren und konsequent sein
4. Förderfähigkeit <ul style="list-style-type: none">• Unterstützung und Ermutigung• Bekräftigung und positive Verstärkung• Anforderungen setzen• Aufgaben und Verantwortung übertragen
5. Vorbildfähigkeit <ul style="list-style-type: none">• Selbstdisziplin zeigen• Eigenes Handeln reflektieren• Selbstkontrolle besonders bei negativen Emotionen zeigen
6. Fähigkeiten zum Alltagsmanagement <ul style="list-style-type: none">• Versorgung und Pflege• Organisation des Haushalts, des Familienlebens und des Alltags• Struktur im Alltag und familiäre Rituale

Abbildung 7: Komponente der Erziehungskompetenzen (vgl. Petermann/Petermann 2006, zitiert in Lenz 2014a, S. 300)

Die abgelichteten Elemente dienen dem Familienhelfer als Ansatzpunkte für die Arbeit mit den Eltern. Während die Förderung der Beziehungs-, Kommunikations-, und Vorbildfähigkeit Gegenstand der folgenden Abschnitte ist, werden die verbleibenden Komponenten nun separat betrachtet. Auch wenn in der nachstehenden Ausführung stellenweise konkrete Interventionssequenzen beschrieben werden, kann in diesem Kapitel nicht in jedem Fall auf die tiefergehende sozialarbeiterische Methodik eingegangen werden, da die subjektiven Lebensumstände der betroffenen Familien ein individuelles Vorgehen erfordern.

Fähigkeit zur Grenzsetzung

Für den Entwicklungsprozess der Kinder ist es wichtig, dass das familiäre Zusammenleben von Grenzen und Regeln geleitet wird und die Kinder in einem altersgemäßen Lernprozess aus den Folgen ihres Handelns lernen (vgl. Ehrlich 2011, S. 66).

Wie Petermann und Petermann aufzeigen, ist es hierbei zunächst wesentlich Absprachen zu treffen und eindeutige Regeln zu benennen. Gemeinsam mit den Eltern ist zu überlegen, welche Regeln in der Familie Geltung finden sollen. Im nächsten Schritt kann der Sozialarbeiter die Eltern im Verständigungsprozess über die Regeln mit den Kindern unterstützen und gemeinsam mit der Familie die Absprachen auf ein übersichtlich gestaltetes Plakat festhalten.

Darüber hinaus gilt es, die Eltern bei der Entwicklung eines konsequenten Verhaltens zu bestärken und den Kindern somit transparent zu vermitteln, welche Sanktionen auf Regelverstöße folgen. Gerade für Eltern, die psychisch wenig belastbar sind, erscheint eine konsequente Erziehungspraxis mit enormen Herausforderungen verbunden, wodurch der besondere Unterstützungsbedarf markiert und die Notwendigkeit eines einfühlsamen, verstärkenden und wertschätzenden Verhaltens der Fachkraft deutlich wird.

Förderfähigkeit

„Durch Beteiligung und Übertragung von Verantwortung lernen Kinder, ihre Fähigkeiten und Fertigkeiten auszubauen und durch die ständige Auseinandersetzung mit ihrer physischen und sozialen Umwelt mit Herausforderungen angemessen umzugehen“ (Ehrlich 2011, S. 67). Für die Intervention der SPFH gilt es zunächst, die Eltern für entwicklungsgerechte Anforderungen und Bedürfnisse zu sensibilisieren und sie zu ermutigen, die Kinder vermehrt in alltägliche Abläufe miteinzubeziehen (ebenda). Im Rahmen von Elterngesprächen sollte reflektiert werden, welche Aufgaben und Verantwortungsbereiche in Haushalt und Familie altersentsprechend sind, wo diese im Sinne der Parentifizierung die kindlichen Fähigkeiten überschreiten (vgl. Plass/Wiegand-Grefe 2012, S. 170) und wie die übertragenen Aufgaben im Alltag eingefordert werden können.

Müller ermuntert die Fachkräfte gemeinsam mit den Eltern „zu einer entwicklungsförderlichen häuslichen Umwelt beizutragen“ (Müller 2008, S. 170f). Im Hinblick dessen konstatiert Weiß, dass vor allem Erzieherpersonen, die selbst über eingeschränkte familiäre Spiel- und Förderanregungen in ihrer Kindheit verfügen, oftmals deutliche Schwierigkeiten haben gemeinsame Spielgelegenheiten mit ihrem Kind zu schaffen (vgl. Weiß 2008, S. 171). Gerade aus dem lebensnahen Setting der SPFH erwächst die Chance, Eltern in der direkten Interaktion mit ihren Kindern zu stärken. Durch das gemeinsame Spielen, Lesen, Kuchen backen, Drachensteigen lassen, Basteln, Kochen – um nur einige Beispiele zu nennen – kann die Fachkraft in der alltäglichen Lebenswirklichkeit der Familie mit-

wirken und den Eltern im Umgang mit den Heranwachsenden als „Lernmodell“ dienen. Nach und nach wird die Anleitung gemeinsamer Alltagssequenzen in den Verantwortungsbereich der Eltern übertragen und die Erzieherperson durch das Aufzeigen von positiven Verhaltensänderungen in ihrem Auftreten gestärkt. Dieses Vorgehen bietet sich zugleich an, um den Erziehungsberechtigten Strategien über positive Verstärkung, Lob, Anerkennung und Wertschätzung im Umgang mit ihren Kindern mit auf den Weg zu geben.

Alltagsmanagement

Aus der Literatur ist die Wichtigkeit von klaren Alltagsstrukturen und routinierten, familiären Abläufen für die kindliche Entwicklung bekannt (vgl. Pretis/Dimova 2004, S. 71). Gleichzeitig weist Ehrlich darauf hin, dass besonders in Familien, deren Alltag von ungünstigen Lebensbedingungen und psychosozialen Belastungen bestimmt wird, kaum Kraft für eine adäquate Organisation des Haushaltes und routinierte Abläufe bleibt (vgl. Ehrlich 2011, S. 68). Für psychisch erkrankte Eltern gilt dies besonders in akuten Krankheitsphasen.

Durch die Intervention der SPFH erfahren Eltern Unterstützung bei der Entwicklung einer kontinuierlichen Alltagsstruktur: Das Erarbeiten von festgelegten Hausaufgaben-, Essens- oder Schlafenszeiten trägt zu einer Strukturierung des familiären Zusammenlebens bei, ein Tätigkeitsplan kann wesentliche Verantwortungsbereiche der Familienmitglieder wie Putzen, Einkaufen, Müll entsorgen etc. markieren und das konsequente Führen eines Familienkalenders vermittelt der Familie Orientierung über jegliche anfallende Termine. Auch feste Rituale wie eine abendliche Gute-Nacht-Geschichte, Sonntagsausflüge oder „eine Stunde Elternzeit“ (vgl. Görlitz 2012, S. 107), tragen zu einer Strukturierung des Familienalltags bei und beeinflussen die Beziehung zwischen den Mitgliedern auf positive Weise. Durch die konstante Zuwendungszeit können Eltern ihrem Kind „bewusst begegnen, wahrnehmen, sehen und spüren, wie sich Ihr Kind auf Sie freut, Ihnen seine Fähigkeiten und seine Kreativität zeigt, sich mit und an Ihnen misst, mit Ihnen diskutiert, wetteifert, lacht, Ideen entwickelt und Probleme bewältigt“ (Görlitz 2012, S. 107).

Die Eltern sollten zur Einhaltung der Struktur immer wieder ermutigt, Fortschritte und positive Veränderungen aufgezeigt, die Erzieherpersonen in ihren positiven Bemühungen verstärkt und missglückte Situationen in einem Elterngespräch analysiert werden.

In Abhängigkeit von der psychosozialen und emotional-kognitiven Verfassung der Eltern, kann zur Stärkung der Erziehungskompetenzen auch die Teilnahme an einem Elternkurs ergänzend zur SPFH in Betracht gezogen werden. Während mittlerweile flächendeckend eine Vielzahl von Konzepten und Programmen zur Stärkung elterlicher Kompetenzen angeboten werden (vgl. Wustmann 2004, S. 138ff; Lenz 2014a, S. 301), ist die Konzeption

von einzelnen Elterntrainings auch auf die besondere Situation von Familien mit multiplen Problemen und psychosozialen Belastungen ausgerichtet (vgl. Weiß 2011, S. 339f). Ziel dieser Elternkurse ist es, die „Eltern zu befähigen, die Bedürfnisse ihres Kindes aus dessen Perspektive wahrzunehmen und die Beziehung zu ihrem Kind mit größerer Feinfühligkeit zu gestalten“ (ebenda, S. 340). Hierzu zählt etwa die „Entwicklungspsychologische Beratung“ (vgl. Ziegenhain et al. 2004), welche im folgenden Kapitel nochmals aufgegriffen wird oder das in diesem Kapitel inhaltlich berücksichtigte STEP-Programm (vgl. Ehrlich 2011).

Das STEP-Programm beabsichtigt die Stärkung von Erziehungskompetenzen im Rahmen von Elterngruppentreffen (vgl. Marzinzik/Kluwe 2007, S. 79) und orientiert sich ebenfalls an den in Abbildung 7 dargestellten wünschenswerten Erziehungskompetenzen. Eine von der Universität Bielefeld durchgeführte Evaluation belegt dabei die Bedarfsangemessenheit und Wirksamkeit des Elterntrainings für psychosozial belastete Erzieherpersonen. Neben der Abnahme von Überreaktionen deutet die empirische Wirksamkeitsanalyse vor allem auf ein subjektiv gestärktes Kompetenzgefühl der Eltern hin (ebenda, S. 81). In Anbetracht dieser Befunde kann sich eine Teilnahme an Elternkursen für die betroffene Zielgruppe als indiziert erweisen und stellt die Fachkraft der SPFH vor die Aufgaben den Eltern einen Zugang zu einem dieser Trainingskurse zu eröffnen.

Auch darf nicht vergessen werden, dass das erzieherische Wirken der einzelnen Elternteile durch die beschriebene Häufung von Paarkonflikten und ehelichen Disharmonien bei psychisch kranken Eltern (vgl. Kapitel 3.2.1) in erheblichem Maße voneinander abweichen kann. Folglich wird die Erziehung der Kinder nicht selten von Uneinigkeiten und widersprüchlichen Ge- und Verboten geprägt. Somit sollte die Intervention der SPFH auch auf eine einheitliche Erziehungspraxis der Eltern abzielen und sie zu einer transparenten Kommunikation ermutigen. Im Einzelfall ist die Teilnahme an einer Eheberatung oder Paartherapie durchaus ratsam.

Zum Schluss sei nochmals betont, dass im Sinne einer ressourcenfördernden Arbeitsweise die Elternarbeit immer an den bereits vorhandenen Fähigkeiten und Kompetenzen der Eltern anknüpfen sollte. Zunächst geht es in der Arbeit mit entmutigten, geschwächten und psychisch belasteten Eltern darum, die Erziehungsberechtigten in ihrer Rolle zu stärken (vgl. Ziegenhain et al. 2004, S. 143), ihnen neben allen vorherrschenden Missständen sowie Problemen, die gelingenden Funktionsbereiche aufzuzeigen und auf sie auf der Basis für Veränderungsprozesse zu gewinnen. Hinter dieser Interventionsstrategie steht die Absicht, bei den Erzieherpersonen Bewusstseins-, Reflexions-, und Veränderungsprozesse anzuregen und sie auf dem Weg zu einer wirksameren erzieherischen Praxis zu begleiten. Auf diese Weise können die Kinder bei der Entwicklung von wichtigen Lebens-

kompetenzen nachhaltige Unterstützung erfahren (vgl. Wustmann 2004, S.133f). Auch sollte betont werden, dass es wenig zweckmäßig ist, unmittelbar allumfassende Kompetenzen zu fordern. Eine wirksame Intervention zielt vielmehr auf die Formulierung von realistischen Teilzielen, die Förderung von einzelnen Teilkompetenzen und die positive Verstärkung von kleinen Erfolgen ab. Wenn es den Eltern gelingt, familiäre Interaktionsprozesse harmonischer zu gestalten und die beschriebenen Erziehungskompetenzen im Alltag schrittweise zu verwirklichen, können Kinder in ihrer Entwicklung zu einer stabilen Persönlichkeit unterstützt und in der Entfaltung von psychischer Widerstandsfähigkeit gefördert werden.

4.3.2 Förderung der Eltern-Kind-Bindung

In einem engen Zusammenhang mit der eben beleuchteten Stärkung elterlicher Erziehungskompetenzen ist auch die Förderung der Eltern-Kind-Bindung zusehen. Wie bereits aufgezeigt, attestiert die klinische Bindungsforschung bei Kindern psychisch kranker Eltern vermehrt dysfunktionale Bindungsmuster, was zu einem erhöhten psychischen Erkrankungsrisiko der Kinder führen kann (vgl. Kapitel 3.1.2). Daher erscheint es wesentlich in einem eigenen Kapitel eingängig auf die Möglichkeit von bindungsbezogenen Handlungsstrategien der SPFH im Sinne der Resilienzstärkung einzugehen.

Allgemein gilt: „Bindungsbezogene Interventionen setzen meist am elterlichen Fürsorgeverhalten und an den elterlichen Beobachtungs-, Wahrnehmungs-, und Kommunikationskompetenzen“ (vgl. Lenz 2014a, S. 249) an. Im Hinblick auf die Arbeit der SPFH bleibt im Rahmen dessen, wie auch im vorherigen Kapitel, festzustellen, dass bisher keine spezifischen handlungsleitende Inhalte in der Literatur zu finden sind, die präzise Methoden für eine bindungsbezogene Familienarbeit mit dem beschriebenen Klientel aufzeigen. Dennoch scheint das Konzept der bereits erwähnten entwicklungspsychologischen Beratung (vgl. Ziegenhain et al. 2004), das auf eine entwicklungsförderliche Eltern-Kind-Bindung abzielt, besonders auch für die Ausgestaltung der SPFH wertvoll und wird daher nun näher betrachtet.

Eine wesentliche Voraussetzung für die Entwicklung einer sicheren Bindungsbeziehung liegt in einer feinfühligem, zugewandten und kontinuierlichen Beantwortung der kindlichen Signale. Um diese elterlichen Qualitäten zu stärken, basiert die entwicklungspsychologische Beratung auf dem Handlungsansatz „Sehen-Verstehen-Handeln“. Durch kurze Videoaufnahmen von alltäglichen und alterstypischen Eltern-Kind-Interaktionen wird den Eltern die Gelegenheit eröffnet, sich selbst in der Auseinandersetzung mit ihrem Kind zu beobachten (vgl. Ziegenhain et al. 2004, S. 146ff). Auch Ziegenhain et al. ziehen ein res-

sourcenorientiertes Arbeiten in Betracht und schlagen vor, den Eltern zunächst an „gelungenen“ Interventionssequenzen ihre Stärken und Kompetenzen aufzuzeigen. Daraufgehend wird gemeinsam mit den Eltern eine noch nicht gelungene Videoaufnahme gesichtet und analysiert. Die Autoren bekunden: „Es geht also nicht darum Fehler im Video *aufzudecken*, sondern gemeinsam Verhaltensweisen des Kindes zu *entdecken*, mit denen es sein Befinden ausdrückt“ (ebenda, S. 154). Die gemeinsame Videobetrachtung ermöglicht sowohl einfache Beschreibungen wie auch entwicklungspsychologische Interpretationen des kindlichen Verhaltens und kann den Eltern helfen Verhaltensmuster der Kinder verstehen zu lernen (ebenda, S. 155). In einem weiteren Schritt wird überlegt, welche alternativen, den kindlichen Bedürfnissen entsprechenden, elterlichen Verhaltensweisen zu positiven Veränderungen in der Interaktion mit dem Kind führen können (ebenda, S. 163). Auch Görlitz weist auf die förderliche Wirkung der Videoanalyse zur Verhaltensbeobachtung hin. „Es ist sehr hilfreich, um sowohl erwünschtes als auch veränderungsbedürftiges Verhalten gemeinsam mit den Betroffenen zu identifizieren und Kriterien für die Veränderungsarbeit zu entwickeln“ (Görlitz 2012, S. 75).

Sogleich kann die SPFH im Einzelfall von dem Einsatz eines Videofeedbacks profitieren. Wie aufgezeigt, lässt sich dieses Medium gut nutzen, um die Eltern für den Zusammenhang zwischen dem eigenen Verhalten und den darauffolgenden kindlichen Reaktionen zu sensibilisieren und sie unter Beachtung von bindungsdynamischen Auswirkungen zu einem feinfühligem Umgang zu ermutigen.

Auch wenn das Vorgehen der entwicklungspsychologischen Beratungen auf den Dimensionen „Sehen-Verstehen-Handeln“ basiert und das Training speziell für Familien in belasteten Lebenssituation konzeptioniert wurde (vgl. Ziegenhain 2004, S. 144), muss individuell geprüft werden, ob die gesundheitlichen Probleme der Eltern einen derartigen methodischen Anknüpfungspunkt zulassen. Entspricht die Mentalisierungsfähigkeit des erkrankten Elternteils den Anforderungen dieser Übung? Reichen die kognitiv-emotionalen Fähigkeiten um das Gesehene zu interpretieren? Können die beobachteten Missstände in künftige Alltagssequenzen transferiert werden? Bisher liegen keine fachlichen Forschungsergebnisse vor, die ihm Rahmen des vorgestellten Konzeptes hierfür Antwortkriterien bereithalten oder zielgruppenspezifische Voraussetzungen für die Anwendung attestieren. Es bleibt familienspezifisch zu betrachten, ob diese Methode die elterliche Responsivität nachhaltig verstärkt und somit eine indizierte Maßnahme zur Förderung der Eltern-Kind-Bindung darstellt.

Dennoch belegen die empirischen Befunde des Videointeraktionstrainings – einem ähnlichen Elternprogramm, das mit Hilfe von Videoaufnahmen die Eltern-Kind-Interaktion in mehrfachbelasteten Familien zu beeinflussen versucht – die Wirksamkeit dieser Methode.

Die durchgeführten Einzelfallanalysen bestätigen neben deutlichen Veränderungen im elterlichen Erziehungsverhalten auch eine Minimierung von problematischen Handlungsweisen der Kinder. Die befragten Teilnehmer wiesen auf die subjektiv empfundene Wirksamkeit der Videoarbeit hin und geben zu bedenken, dass sie im Alltag „nun stärker auf Kleinigkeiten achten und sich selbst und ihr Kind genauer beobachten“ würden (vgl. Cordes/Petermann 2001, S.124ff).

Auch Brisch verdeutlicht die Wichtigkeit der feinfühligem Beantwortung kindlicher Signale. Ferner kommt nach Ansicht des Autors auch dem sprachlichen Ausdruck und dem Blick sowie Körperkontakt eine maßgebliche Bedeutung für die Entwicklung einer sicheren Bindung zu (vgl. Brisch 2012, S. 29-36). Neben dem, durch das Videotraining initiierte, Feinfühligkeitstraining, sollten daher auch zuletzt genannte Komponente mit den Eltern thematisiert und in der Eltern-Kind-Interaktion trainiert werden.

Dennoch bedürfen dysfunktionale Bindungsmuster oder gar Bindungsstörungen der Erzieherpersonen einer therapeutischen Intervention. Klinische Studien lassen erkennen, „dass die inneren Repräsentationen der Eltern, die sie während ihrer eigenen Kindheit entwickelt haben, die Art der Bindung, die ihr Kind zu ihnen entwickelt, entscheidend beeinflussen“ (Lenz 2014a, S. 199). Der Familienhelfer sollte bei dem Vorhandensein einer massiven Bindungsstörung die Eltern zu einer geeigneten klinischen Behandlungsmaßnahme motivieren, um die transgenerationale Weitergabe von Bindungsmustern zu verhindern. Nur durch eine interdisziplinäre Intervention können für die Heranwachsenden die Voraussetzungen für die Entwicklung von sicheren Bindungsmustern geschaffen und sie für die Bewältigung ihrer besonderen Lebenssituation gestärkt werden.

4.3.3 Erweiterung familiärer Kommunikationsprozesse

Sogleich ist aus empirischen Untersuchungen bekannt, dass in vielen Familien mit einem psychisch kranken Elternteil nur selten offen kommuniziert wird und konstruktive Gespräche aufgrund dessen meistens verwehrt bleiben (vgl. Kapitel 3.2.5). „Gefühle, Bedürfnisse, Wünsche und Pläne des einen entziehen sich dem Verständnis des anderen, solange sie nicht direkt offenbart werden (...). Ein Mangel an Austausch im gemeinsamen Gespräch führt zur Verstärkung von Belastungen und zur Eskalation von Konflikten und Krisen“ (Lenz 2010, S. 116). Vor diesem Hintergrund erscheint es wesentlich neben der bereits dargestellten Psychoedukation auch alltägliche familiäre Kommunikationsprozesse in den Fokus der Intervention zu rücken und der Familie Impulse für eine transparente und förderliche Verständigung zu vermitteln. Auch wenn im Folgenden konstitutive Gesprächsregeln aufgegriffen und einzelne Methoden zur Verbesserung innerfamiliärer Kommunika-

tionsprozesse vorgestellt werden, erhebt dieses Kapitel nicht den Anspruch dem Leser die Basisannahmen zwischenmenschlicher Kommunikationsprozesse, wie sie etwa von Friedemann Schulz von Thun oder Paul Watzlawick dokumentiert wurden, zu vermitteln. Vielmehr soll es darum gehen, die Familie in ihrem wechselseitigen Austausch auf positive und wertschätzende Art zu stärken.

Lenz bezeichnet Kommunikation als „einen dynamischen sozialen Prozess, bei dem die Beteiligten in Kontakt treten und gleichzeitig aufeinander Einfluss nehmen“ (Lenz 2010, S. 117). In der Literatur werden eine Reihe von Regeln und Grundsätze vorgestellt, die eine konstruktive Kommunikation zwischen Erziehungsperson und Kind ermöglichen. Neben dem kongruenten Gesprächsverhalten, einer offenen und unterstützenden Gesprächsbasis, der Verwendung von Ich-Botschaften bei gleichzeitiger Vermeidung von Du-Botschaften gilt auch das konstruktive Loben bzw. Kritisieren als wesentlicher Baustein erfolgreicher Kommunikation (siehe ausführlich Wustmann 2004, S. 137f; Lenz 2010, S. 117-121). Im Rahmen der familiären Interaktion bleibt festzustellen, dass das Kommunikationsverhalten der Eltern in entscheidender Weise die Vertrautheit, Offenheit und emotionale Wechselseitigkeit in Gesprächen prägt und Kindern als Modell für das eigene Kommunikationsverhalten dient. Hieraus erwächst die Idee zunächst mit den Eltern gezielte Kommunikationstechniken zu fokussieren (vgl. Lenz 2014a, S. 306).

In dem von Lenz entwickelten Interventionsmodul „Förderung der familiären Kommunikation“ stellt der Autor neben einem eltern- und kindzentrierten Setting auch die Methode der Familienkonferenz vor. Das Modul kann in weiten Teilen auf die Intervention der SPFH übertragen werden. Zunächst gilt es im Rahmen von Elterngesprächen „die Eltern zu einer offenen Kommunikation zu ermutigen und ihnen die positive Auswirkung auf die Beziehung zu den Kindern und auf die ganze Familie aufzuzeigen“ (Lenz 2010, S. 123). Hierzu schlägt Lenz vor, gemeinsam mit den Eltern Regeln für eine wertschätzende Kommunikation zu erarbeiten oder ihnen eine entsprechende Übersicht mit Gesprächsregeln an die Hand zu geben. Die von Lenz zusammengetragenen Leitlinien für eine gelungene Kommunikation sind in Anhang 7 abgebildet.

Zudem stellt der Autor in seiner Monographie mehrere Übungen vor, die sich auf den Gebrauch von Ich-Sätzen, der Selbstöffnung, des richtigen Lobens und aktiven Zuhörens beziehen (ebenda, S.123ff) und die elterlichen Kommunikationskompetenzen fördern sollen. Neben diesen praktischen Methoden, können auch die von Görlitz präsentierten Materialien für das Kommunikationstraining mit den Eltern gut für die Intervention der SPFH genutzt werden. Hierzu zählen z. B. die Arbeitsblätter „einfühlsame Erziehersätze“, „Freundlichkeitsgesten“, „wertschätzende Kommunikation“, „Richtig Loben“ oder „Kritik in Wünsche und Lösungen“ verwandeln (vgl. Görlitz 2012, S. 83-141). Die zu Letzt aufge-

fürten Übungen können exemplarisch in Anhang 8 eingesehen werden.

Des Weiteren ist auch das kindzentrierte Setting ein guter Anknüpfungspunkt für die Arbeit des Familienhelfers. Die Heranwachsenden werden ermutigt, ihre Gefühle und Bedürfnisse, die im familiären Alltag entstehen, bewusst wahrzunehmen und zu erfahren „wie gut es tut, wenn man es schafft, seine Gefühle und Wünsche in der Familie zu äußern (vgl. Lenz 2010, S. 127). Auch hierzu kann der Sozialarbeiter sich an den erlebnisorientierten Übungen und Materialien von Görlitz bedienen (z. B. „Gefühlsbesinnung“, „Wie fühlst du dich?“, „Was ich alles kann“, „Hilfreiche Fragen“, „Mut tut gut“) und den Heranwachsenden durch die dargestellten Aufgaben für die Wahrnehmung und den Umgang mit Gefühlen für das Gespräch mit den Eltern stärken (vgl. Görlitz 2009, S. 80-91).

Aufbauend auf den beleuchteten Einzelsetting mit den Erziehungsberechtigten und Kindern erweist sich die von Thomas Gordon (1980) entwickelte und Albert Lenz aufgegriffene Methode der Familienkonferenz in der Arbeit der SPFH als indiziert, um die familiären Kommunikationsprozesse nachhaltig zu fördern (vgl. Lenz 2010, S. 129ff). In der Familienkonferenz haben alle Teilnehmer die Möglichkeit eigene Themen einzubringen (vgl. Lenz 2010, S. 130). „In einer Atmosphäre des gegenseitigen Respekts und unter Anwendung von Gesprächsregeln erfahren Kinder, dass sie angehört werden, dass ihre Beiträge wichtig sind und der Familie dabei helfen, als Team zu Lösungen zu kommen, die als passend von allen Mitgliedern akzeptiert werden“ (Ehrlich 2011, S. 66). Zu Beginn erscheint es sinnvoll, wenn der Familienhelfer bei der Einführung der Übung die Gesprächsführung übernimmt und zunächst allgemeine Themen wie Mithilfe im Haushalt, ein anstehender Familiennachmittag, Fernsehen, Familienregeln etc. im Familiensetting bearbeitet. Diese Methode trägt zur Förderung der Konfliktfähigkeit bei, verbessert die Beziehung zwischen den Familienmitgliedern, festigt die anfangs dargestellten Kommunikationsregeln und unterstützt die Entwicklung von transparenten Problembewältigungsstrategien. Die Übung ist für Familien mit Kindern ab 6 Jahren geeignet (vgl. Görlitz 2012, S. 136).

Die vorausgegangene Darstellung ist als exemplarischer Leitfaden für die Intervention der SPFH zur Stärkung familiärer Kommunikationsprozesse anzusehen. Je nach elterlicher Gesundheitsverfassung und kognitiven, emotionalen sowie sozialen Kompetenzen der Familie müssen die Übungen für die Einzelfallarbeit adaptiert und können ebenso durch andere Methoden ergänzt oder ersetzt werden. In jedem Fall ist es wesentlich, dass der Familienhelfer die Eltern und Kinder für eine gelungene Verständigung sensibilisiert und auf diese Weise die kindlichen Bewältigungsressourcen erweitert. Denn eine offene und wertschätzende Kommunikation gilt als Voraussetzung für Verständnis, Vertrautheit und eine zufriedenstellende Gestaltung familiärer Beziehungen (ebenda, S. 117), die wiederum zur Stärkung kindlicher Resilienz beitragen.

4.3.4 Förderung des Beziehungsaufbaues zu einer verlässlichen Bezugsperson

Auch wenn die zuvor dargestellten Handlungsansätze der SPFH auf eine förderliche Eltern-Kind-Bindung abzielen, gelingt die positive Beeinflussung der Interaktion durch die psychische Erkrankung der Erziehungsberechtigten nicht in jedem Fall. Gleichzeitig wird die Beziehung zu einer zuverlässigen Bezugsperson in der Resilienzforschung jedoch als einer der wichtigsten Schutzfaktoren angesehen (vgl. Werner 2008a, S. 24; Frindt 2009c, S. 24). Als stabile Bezugspersonen zieht Frindt „Menschen, die verlässlich mit Zuneigung reagieren, Bedürfnisse erkennen und ihnen gerecht werden, Grenzen setzen und Orientierung bieten“ (Frindt 2009c, S. 24) in Betracht und verweist beispielsweise auf Großeltern, Geschwister, Verwandte oder Freunde. „Diese außerfamiliäre Ressource gilt es in der SPFH stärker zu nutzen. Die Forschungsergebnisse weisen darauf hin, dass es eine sinnvolle Strategie ist, zu überlegen, wer diese wichtige Funktion übernehmen kann“ (ebenda), so Frindt.

Für die Analyse von potenziellen Bezugspersonen kann sich die Fachkraft die vorgestellten Diagnoseinstrumente zu Nutze machen. Wie das Genogramm und die intensiven Gespräche mit dem Kind und den Eltern, erlauben auch die Netzwerkkarte und der Screeningbogen in besonderer Weise die Erkundung von Personen, denen eine wichtige Kompensationsfunktion zukommen kann.

Ausgehend von dem diagnostischen Schritt, konzentriert sich die Intervention der Fachkraft anschließend auf die Mobilisierung sozialer Unterstützung und die Herstellung, Bewahrung und Stabilisierung der Kontakte (vgl. Frindt 2009c, S. 25). Im Rahmen dessen muss der Familienhelfer das Gespräch zu der auserwählten Person suchen, ihre Bereitschaft für die Übernahme der Rolle als verlässliche und sicherheitsvermittelnde Bezugsperson hinterfragen und sie für ihre Funktion sensibilisieren. Die Arbeit der SPFH konzentriert sich nicht mehr vordergründig nur auf die Interaktionsprozesse der Kernfamilie, sondern bezieht „hilfreiche Dritte“ mit in das Familiensetting ein. Auch Einzelgespräche, eine professionelle Begleitung, eine Reflexion kindlicher Verhaltensmuster und eine transparente Verständigung, wer welche Aufgabe übernimmt, können aus der erschlossenen Ressource resultieren. Über diesen Handlungsansatz eröffnet die SPFH dem Heranwachsenden eine sichere Beziehungserfahrung und die Erschließung von protektiven Faktoren, die ihm helfen mit den familiären Belastungen besser umzugehen (ebenda).

Sofern im Lebensumfeld der Familie keine vertrauensstiftende Bezugsperson identifiziert werden kann, kommt der Initiierung von Patenschaften (vgl. Kapitel 4.4.2) und/oder der Intensivierung institutioneller und sozialräumlicher Ressourcen (vgl. Kapitel 4.4.3) eine außerordentliche Essenz zu. Diese Handlungsansätze sind Gegenstand des nächsten Kapitels.

4.4 Aktivierung sozialer Ressourcen

Neben der zuvor dargestellten Resilienzförderung im personellen und familiären Bereich liegt eine weitere, sich aus den Erkenntnissen des Kapitels 3.3 ergebende, bedeutsame Interventionsstrategie in der Aktivierung sozialer Ressourcen. Lenz definiert soziale Ressourcen als „die Gesamtheit der einer Person zur Verfügung stehenden, von ihr genutzten oder beeinflussten Merkmale des sozialen Handlungsraums“ (Lenz 2014c, S. 103). Es gilt zu beachten, dass soziale Unterstützung erst implementiert werden kann, wenn den Eltern eine offene Kommunikation über ihre gesundheitlichen Probleme gelingt und sie der Mobilisierung von sozialer Unterstützung zustimmen (vgl. Plass/Wiegand-Grefe 2012, S. 169). Aufgrund dessen ist zuvor eine intensive Elternarbeit, wie sie im vorherigen Kapitel beschrieben wurde, unerlässlich.

Bei den bisher ermittelten Handlungsansätzen wird der Fachkraft eine „aktive“ Funktion zuteil, durch die im Rahmen der Klienten-Sozialarbeiter-Interaktion direkter Einfluss auf die Entwicklung von personellen bzw. familiären Ressourcen ausgeübt werden kann. Im Gegensatz dazu stellt die Aktivierung sozialer Ressourcen den Sozialarbeiter eher vor eine vermittelnde und koordinierende Aufgabe, „die den Suchbewegungen des Kindes den Raum öffnet“ (Frindt 2009c, S. 25). Dieser Aspekt wird sich in folgender Ausführung, die auf die Einbindung der Kinder in spezifische präventive Gruppenangebote, die Initiierung von Patenschaften und die Intensivierung institutioneller und sozialräumlicher Ressourcen näher eingeht, unverkennbar herauskristallisieren.

4.4.1 Einbindung der Kinder in spezifische präventive Gruppenangebote

Der Frage nachgehend, welche sozialen Ressourcen einen positiven Entwicklungsverlauf von Kinder psychopathologischer Eltern unterstützen können, wird in der wissenschaftlichen Literatur immer wieder durch die Wahrnehmung spezifischer Gruppeninterventionen begegnet (vgl. Wiegand-Grefe 2014, S.142; Deneke et al. 2008, S.69; Lenz 2014c, S. 105f). „Das Gruppensetting bietet einen Pool an sozialen Ressourcen und kann zum Austausch verschiedener Lösungsmodelle und Bewältigungsstrategien genutzt werden. Die Gruppe schafft den Kindern darüber hinaus einen geschützten Rahmen, der ihnen Sicherheit und ein Gefühl der Zugehörigkeit vermitteln kann“ (Lenz 2014a, S.295f).

Auch wenn mittlerweile in etlichen Projektgruppen und Präventionsangeboten der spezielle Versorgungsbedarf der beschriebenen Zielgruppe fokussiert wird, kritisiert Lenz, dass flächendeckend immer noch nicht genügend Gruppenangebote für Kinder psychisch kranker Eltern zur Verfügung stehen. Dennoch hat beispielsweise das Aurn-Gruppenkonzept für 7- bis 14-jährige Kinder derweil relativ große Verbreitung im deut-

schen Raum erfahren (vgl. Lenz 2014c, S. 105). Nach einem kurzen Einblick in das, in der Literatur vielfach aufgegriffene und bereits ausführlich evaluierte, Aurn-Gruppenangebot, wird nachstehend aufgezeigt, welche Aufgaben mit der Einbindung der Kinder in derartige präventive Gruppenangebote für die SPFH verknüpft sind.

Neben der Aktivierung sozialer Ressourcen zielt die präventive Arbeit des Aurn-Konzeptes auch auf die Stärkung persönlicher Schutzfaktoren, wie schon in Kapitel 4.2.1 thematisiert, ab. Ähnlich wie das beschützende und kraftverleihende „Aurn“ Amulett aus der „Unendlichen Geschichte“ von Michael Ende, sollen Kinder psychopathologischer Eltern durch die Teilnahme an dem Gruppenangebot in ihren Bewältigungskompetenzen gestärkt werden und soziale Unterstützung erfahren (vgl. Deneke et al. 2008, S. 69). Durch den Austausch mit anderen Betroffenen können die Heranwachsenden ein Gefühl von Zugehörigkeit, Solidarität und Entlastung entwickeln. Daneben führt die offene Verständigung über die gesundheitlichen Probleme der Mutter oder des Vaters sowie die altersadäquate Informationsvermittlung über das Wesen psychischer Krankheiten (vgl. Kapitel 4.2.3) zur Erweiterung der individuellen Bewältigungskompetenzen, zum Abbau von Schuldgefühlen und zu einer bewussten Wahrnehmung eigener Empfindungen in Abgrenzung zu anderen (ebenda, S. 71f). In den wöchentlich stattfindenden Gesprächsgruppen werden auch ergo-, kunst-, oder bewegungstherapeutische Elemente und weitere themenzentrierte Aktivitäten integriert und somit positive Gruppenerfahrungen, Ablenkung und Erholung ermöglicht (vgl. Wiegand-Grefe 2014, S.144f). Ähnlich wie vergleichbare präventive Programme sieht das Aurn-Konzept zudem mindestens drei Elterntreffen vor, die die Erziehungsberechtigten über die Inhalte der Gruppe informieren, einen gegenseitigen Austausch über die besonderen Belange der Elternschaft im Kontext von psychischen Erkrankungen fördern und das Selbsthilfepotenzial der betroffenen Eltern erweitern (vgl. Lenz 2014a, S. 297).

Die ersten systematischen Auswertungen des Hamburger Aurn-Ansatzes von Deneke et al. erlauben einen Rückschluss über den Nutzen, welcher für die betroffenen Kinder aus der Teilnahme an den spezifischen Hilfsangeboten resultiert. Bei einem Nachtreffen schildern die Heranwachsenden von ausschließlich positiven Erfahrungen. Als besonders unterstützend wurde die offene Verständigung und die Erkenntnis den eigenen Gefühlen expressiven Ausdruck verleihen zu können, erlebt. Die Eltern bewerteten den Austausch mit ähnlich belasteten Menschen und die Anregung zur Förderung innerfamiliärer Kommunikationsprozesse als gewinnbringend. Nach Angaben der Erziehungsberechtigten konnten die Kinder Selbstbewusstsein hinzugewinnen und wiesen hinterher im Alltag mehr Widerstands- und Abgrenzungsfähigkeit auf.

Ferner zeigt die Evaluation aber auch, dass viele Eltern sich gegen die Teilnahme ent-

geschlossen oder nur zögerlich zugestimmt haben, was auf die Angst vor einer Inobhutnahme des Kindes und den empfundenen Schuld- und Schamgefühle zurückgeführt werden kann. Des Weiteren lässt die Analyse der Abbruchquote deutlich werden, dass das Gruppensetting für Kinder unter sieben Jahren oder stark parentifizierte Heranwachsende mit Belastungen und Grenzstörungen verbunden war, als bedrohlich erlebt wurde und zu Loyalitätskonflikten geführt hat. Nebenbei wird die zeitliche, räumliche und personelle Begrenzung der Gruppenarbeit in Einzelfällen als problematisch deklariert. Nach einer intensiven Beziehungsarbeit und einem angeleiteten Gruppenfindungsprozess, kann die Beendigung der Maßnahme ein Gefühl der Einsamkeit und Isolation unter den betroffenen Kindern erzeugen (vgl. Deneke et al 2008, S. 73-76).

Die zuletzt angeführten Evaluationsergebnisse verdeutlichen, dass die Teilnahme an präventiven Gruppenangeboten für Kinder psychisch kranker Eltern durchaus förderlich ist und soziales Ressourcenkapital verkörpert, jedoch nicht in jedem Fall problemlos verläuft. In Anbetracht dessen ist die gezielte Hinführung durch eine Fachkraft der SPFH durchaus zweckmäßig. Dabei ist es vorweg von Nöten, dass sich der Familienhelfer über die regional angesiedelten Präventionsprojekte erkundigt, eine mögliche unmittelbare Teilnahme hinterfragt und das lokale Versorgungsnetz kennt. Hierzu liefert Beck eine umfangreiche Übersicht, in der mehr als dreißig verschiedene Gruppenmaßnahmen für Kinder psychisch kranker Eltern in verschiedenen Regionen Deutschlands aufgelistet werden (vgl. Beck 2006, S. 59). Auch die Internetinitiative „Netz und Boden“ verschafft den Fachkräften hilfreiche Hinweise über die lokalen Angebote (www.netz-und-boden.de).

Aus den zuvor beleuchteten empirischen Befunden ist leicht erkennbar, dass in der Intervention der SPFH zunächst die Ängste und Befürchtungen der Eltern, die in Verbindung mit dem Präventionsangebot stehen, betrachtet und zum Gegenstand von Elterngesprächen werden müssen. Auf diesem Weg können die Eltern eine positive Einstellung entwickeln. Der Familienhelfer sollte die Erzieherpersonen zudem ermutigen, ihren Kindern explizit die Erlaubnis zu erteilen, sich mit den anderen Teilnehmern über die familiäre Lebenssituation auszutauschen. Auf diese Weise wird den Kindern im Rahmen der präventiven Gruppenarbeit ein Raum gegeben, indem sie ohne Tabuisierung und innerfamiliäre Geheimhaltungsprozesse ihren Gefühlen Ausdruck verleihen können.

Im Hinblick auf die oben angeführten Evaluationsergebnisse muss der Sozialarbeiter prüfen, ob das Gruppensetting für den Entwicklungsstand des Heranwachsenden angemessen und als unterstützende oder eher belastende Maßnahme erlebt wird. Neben der gezielten Vorbereitung für die präventive Gruppenarbeit ist auch die Begleitung während des Prozesses von maßgeblicher Bedeutung. Vielen Adressaten der SPFH gelingt es nicht immer Termine regelmäßig und verantwortungsvoll wahrzunehmen. Dies kann im Kontext

der psychischen Erkrankung nochmal verstärkt auftreten. Die Fachkraft sollte die Eltern und Kinder an die wöchentliche Teilnahme erinnern und sofern die Eltern ihre Kinder krankheitsbedingt nicht zu den ersten Treffen begleiten können, diese Aufgabe übernehmen. Gleichwohl muss der Heranwachsende auch in der Abschlussphase des präventiven Gruppenangebotes die Begleitung des Familienhelfers erfahren, sodass der Beziehungsabbruch zu den Gruppenleiter und den anderen Kindern nicht zu Isolationsgefühlen führt. Der Heranwachsende kann ermutigt werden, die entstandenen Kontakte zu den Gleichaltrigen auch über das Gruppensetting hinaus zu pflegen, nachhaltige Freundschaften aufzubauen und erlernte handwerkliche Aktivitäten oder bewegungstherapeutische Gruppeninhalte auch weiterhin in seine Freizeitgestaltung zu integrieren.

Zusammenfassend wird deutlich, dass die SPFH für Kinder psychisch kranker Eltern durch das Arrangement einer Teilnahme an präventiven Gruppenangeboten einen wichtigen Zugang zu bedeutsamen sozialen Ressourcen eröffnet. Die im Grundlagenkapitel beschriebene soziale Isolation wird aufgehoben, soziale Unterstützung und Netzwerkeinbindung ermöglicht, undifferenzierte Gefühlsäußerungen mit sachgerechter Interpretation begegnet und diffuses Krankheitswissen durch altersgemäßer Informationsvermittlung ersetzt. Im Sinne der empirisch ermittelten Resilienzfaktoren (vgl. Kapitel 3.3.3) trägt diese Interventionsstrategie der SPFH so zur Stärkung kindlicher Bewältigungsressourcen bei und reduziert im Zuge dessen gleichwohl Risikofaktoren, die die kindliche Entwicklung im Kontext der elterlichen Erkrankung bedrohen.

4.4.2 Initiieren von Patenschaften

In Fachkreisen wird eine weitere wesentliche Ressource, die über das innerfamiliäre Umfeld hinausreicht, in Patenschaften für Kinder psychisch erkrankter Eltern gesehen. Daher widmet sich dieser Abschnitt den Fragen: Was ist unter einer „Patenschaft“ zu verstehen? Welche Ergebnisse werden durch Evaluationsmaßnahmen erkennbar? Und vor allem: Was hat die SPFH damit zu tun?

Neben dem Kanu-Manual (vgl. Redeker et al. 2013) bietet auch das Patenschaftsprojekt des Sozialdienstes katholischer Frauen e. V. (SkF) München (vgl. Perzlmaier 2013) einen guten und evaluierten Einblick in die inhaltliche Ausgestaltung der freiwilligen Fürsorgearbeit. Das Kind bekommt in diesem Rahmen „einen Paten als stabile Bezugsperson. Der Pate wirkt kompensierend und vermittelt dem Kind als Vertrauensperson Sicherheit und Orientierung. Durch seinen Einfluss kann er dysfunktionale Interaktionsmuster regulieren und stärkt dadurch die Resilienz des Kindes langfristig“ (Perzlmaier 2013, S. 46f). Neben einer kontinuierlichen, alltagsorientierten Begleitung und Unterstützung der Kinder in den

Lebensbereichen Freizeit, Schule, Grundversorgung und Erlebnispädagogik wird auch der verlässliche Beistand für die Kinder in Krisenzeiten als vorrangiges Ziel der Patenschaft benannt. Hierdurch sollen die Entwicklungschancen der Kinder verbessert und familiären Belastungsfaktoren entgegengewirkt werden. Dies trifft in besonderer Weise auf Familien mit alleinerziehenden Müttern bzw. Vätern, mit zwei psychisch erkrankten Elternteilen oder jene, die über kein familiäres Unterstützungssystem durch Verwandte, Bekannte oder Freunde verfügen, zu. Die freiwillige Fürsorgeleistung der Paten trägt zur elterlichen Entlastung bei, bewirkt in vielen Fällen eine Stabilisierung der häuslichen Versorgung und verhindert so letztlich vor allem in eskalierenden Krisenzeiten eine Fremdunterbringung der Betroffenen (vgl. Redeker et al. 2013, S. 62). Die Patenschaft wird auf ehrenamtliche Weise von freiwilligen Bürgern übernommen. In vielen Initiativen und Projekten erhalten die Paten eine fachliche Begleitung in Form von Schulungen sowie Supervision und werden auf die Schwierigkeiten, die die Eltern und Kinder im Lichte der psychischen Erkrankung zu bewältigen haben, fachlich fundiert vorbereitet (ebenda, S. 64).

Die Evaluationsergebnisse des exemplarisch angeführten Patenschaftsprojektes des SkF Münchens zeigen durch eine Befragung von beteiligten Paten, Eltern(teilen) und Kindern, analog zur Wirksamkeitsmessungen anderer Aktionsgruppen, durchaus positive Ergebnisse. Alle Eltern bewerten das Projekt als hilfreich für das betroffene Kind. 88,2 Prozent der Mütter nehmen eine stark positive Veränderung des Kindes seit Beginn der Patenschaft wahr und 74,5 Prozent der befragten Eltern geben an, durch die entlastende und stabilisierende Wirkung eine positive Auswirkung auf das eigenen Wohlbefinden zu erkennen. Darüber hinaus wird in 80 Prozent der Fälle die Beziehung zu den Heranwachsenden von Seiten der Paten als durchaus stabil und tragfähig beschrieben. Alle interviewten Kinder bewerten es als förderlich einen Paten an ihrer Seite zu haben (vgl. Perzmaier 2013, S. 61).

Die angeführten empirischen Befunde lassen in besonderem Maße auf die positive Wirkung einer Patenschaft für Kinder psychisch kranker Eltern schließen. Dies kann als wesentliche soziale Ressource außerhalb der Familie rekrutiert werden. Die Erkenntnis bringt einen wichtigen Ansatzpunkt für die Förderung von sozialen Schutzfaktoren im Rahmen der SPFH mit sich. Zwar ist es im Sinne des professionellen Settings nicht in Erwägung zu ziehen, dass eine Patenschaft von Seiten der Fachkraft der SPFH abgeleitet wird, aber dennoch kann der Sozialarbeiter einen Zugang zu dem präventiven Versorgungsangebot schaffen. In einem ersten Schritt ist es wesentlich, dass der Sozialarbeiter die Eltern über das Projekt der Patenschaft ausführlich informiert und das elterliche Einverständnis für die Initiierung einer Patenschaft gewinnt. Hierzu sollten gemeinsam mit den Erziehungsberechtigten Vorteile und positive Auswirkungen beleuchtet und das Kind

anschließend in den Entscheidungsprozess miteinbezogen werden.

Nur durch eine transparente Aufklärungsarbeit des professionellen Familienhelfers können bewusste oder unbewusste Ressentiments sowie Konkurrenz und Schamgefühle der Eltern und kindliche Loyalitätskonflikte verhindert werden. Perzlmaier weist zudem darauf hin, dass die Paten nicht als Elternersatz gelten dürfen und die Ängste der Erzieherpersonen ernst genommen werden müssen: „Es braucht Paten, die fähig sind, den Blickwinkel der Mütter einzunehmen und anzuerkennen, was diese trotz ihrer Erkrankung leisten. Sie müssen ihnen mit Achtung und Respekt begegnen. Indem die Paten immer wieder betonen, wie unersetzlich die Mutter ist und *dass die Mama die Mama ist und auch bleibt*, können sie diesbezüglichen Ängsten entgegenwirken“ (Perzlmaier, S. 57f). Es scheint somit von Nöten, dass der Sozialarbeiter vor Beginn und während dem Verlauf einer möglichen Patenschaft immer wieder die damit verbundenen Auswirkungen auf das familiäre System beobachtet, mit den Eltern und Kindern die Funktion des ehrenamtlichen Helfers reflektiert und darüber hinaus auch mit dem jeweiligen Paten das Gespräch sucht und diesen in seiner Rolle stärkt und stabilisiert.

Damit die außerfamiliäre Ressource überhaupt aktiviert werden kann, ist es auch hier notwendig, dass der Sozialarbeiter über die regionalen Unterstützungsangebote informiert ist und Kontakt zu den Vermittlungsinstanzen derartiger Projektinitiativen pflegt. Neben dem Jugendamt, fungieren hierfür je nach lokalem Versorgungsnetz auch freie Träger oder der Kinderschutzbund als Ansprechpartner. Entsprechend dem Hinweis im vorherigen Kapitel, können sich Fachkräfte der SPFH auch bei der Suche nach Patenschaftsprojekten die Übersicht der Initiative Netz und Boden zu Nutze machen (www.netz-und-boden.de).

Wie aufgezeigt, bedarf die Initiierung des Projektes für einen adäquaten und reibungslosen Verlauf einer umfassenden professionellen Begleitung, die aufgrund des lebensnahen Kontextes von Seiten der SPFH abgeleistet werden kann. Auch sollte bedacht werden, dass die SPFH als Jugendhilfemaßnahme gemäß SGB VIII nur für einen begrenzten Zeitraum bewilligt und den Adressaten nach der erfolgreichen Erreichung der Hilfeplanziele nicht mehr zur Seite steht. Im Gegensatz dazu ist eine Patenschaft als kontinuierliche und auf Dauer angelegte soziale Ressource anzusehen und kann somit von den Fachkräften bewusst und vorsorglich zur Stabilisierung der Kinder, auch nach Beendigung des Jugendhilfeangebotes, strategisch eingesetzt werden.

4.4.3 Intensivierung institutioneller und sozialräumlicher Ressourcen

Neben spezifischen Gruppenangeboten und Patenschaftsprojekten wird nach den Erkenntnissen der Resilienzforschung (vgl. Kapitel 3.3.2.3) auch Erziehungs- und Bildungsinstitutionen ein wichtiger protektiver Wert für die betroffene Zielgruppe beigemessen.

Wustmann weist auf den Stellenwert von Kindertageseinrichtungen bei der Entwicklung von kindlicher Resilienz hin. Durch intensive Frühförder- und Erziehungsprozesse können elementarpädagogische Institutionen „frühzeitig, lang andauernd, intensiv und umfassend Kinder für besondere Risiken in ihrer Lebensumwelt stärken bzw. sie bei der Bewältigung von schwierigen Lebensumständen unterstützen“ (Wustmann 2004, S. 143). Gerade für Heranwachsende, die in einem anregungsarmen häuslichen Umfeld aufwachsen, sind positive Entwicklungsanreize und gezielte Fördermaßnahmen für die Ausbildung motorischer, sensorischer, sprachlicher und sozialer Fähigkeiten von elementarer Wichtigkeit. Neben der Schulung von kindlichen Kompetenzen, profitieren Kinder psychisch kranker Eltern in Frühfördereinrichtungen von dem Aufbau positiver Beziehungen zu Erziehern, die ihnen Stabilität, Kontinuität, Wertschätzung und emotionale soziale Unterstützung gewähren (vgl. Pretis/Dimova, S. 73). Auch Weiß charakterisiert Frühförderung als protektive Maßnahme für Heranwachsende aus Risikofamilien, denn „wo Kinder, bei allen Belastungen und Gefährdungen ihrer Lebenswirklichkeit, durch für sie bedeutungsvollen Menschen, durch Menschen, die für sie präsent sind und ihnen Verlässlichkeit erweisen, ein Stück Vertrauen zur Welt und zu sich aufbauen können, ereignen sich Resilienzprozesse“ (Weiß 2008, S. 172).

Für ältere Kinder wird Ähnliches für die Institution Schule attestiert. Besonders bei Heranwachsenden, die nur unzureichende familiäre Unterstützung erleben, kann die schulische Bildung als soziales Beziehungsgeschehen eine erhebliche Ressource verkörpern. Die Entfaltung von protektiven Faktoren ist besonders zu beobachten, wenn Schüler Anerkennung, positive Lern- und Anpassungsleistungen, Autonomieentwicklung, ein Gefühl der Zugehörigkeit und Partizipation sowie soziale Unterstützung durch den Lehrer erfahren (vgl. Opp 2008, S. 233-236).

Welche Konsequenzen bringt diese Erkenntnis nun für das Wirken der Familienhelfer mit sich? Wie Plass und Wiegand-Grefe bekunden, gilt auch für die SPFH: „Das Gespräch mit Erzieherinnen und Lehrerinnen der Kinder sowie anderen Bezugspersonen ist oft sehr hilfreich, da es dazu beitragen kann, Unterstützungsmöglichkeiten für die Kinder und die gesamte Familie zu mobilisieren und gegebenenfalls einen Weg aus der sozialen Isolation zu finden“ (Plass/Wiegand-Grefe 2012, S. 169).

Im Hinblick auf das Empowerment-Konzept ist es aus professioneller Sicht durchaus empfehlenswert, wenn der Sozialarbeiter hierbei nur eine begleitende Funktion übernimmt und

die Eltern selbst die Verständigung mit Erziehern oder Lehrern suchen, um von ihrer Krankheit und den sich hieraus ergebenden Belastungen für die Kinder zu berichten. Nicht selten tragen eingeschränkte sozio-emotionale und kognitive Kompetenzen, Schuld- und Schamgefühle oder Ängste vor Stigmatisierung dazu bei, dass Erziehungsberechtigte die Kommunikation mit Pädagogen negieren und dies in den Verantwortungsbereich des Familienhelfers übertragen. Im Einzelfall können die Sozialarbeiter auch in Anwesenheit der Eltern die Gesprächsführung übernehmen.

Neben einer Verständigung über die familiäre Situation, sollten gegenwärtigen Verhaltensmuster des Kindes reflektiert und gemeinsam mit Erziehern und Lehrern überlegt werden, auf welche Weise die Kinder und Eltern entlastet werden können. Was benötigt das Kind, um in der Kindertagesstätte bzw. in der Schule positive Erlebnisse zu haben? Gibt es die Möglichkeit die Betreuungszeiten in der Kindertagesstätte zu erweitern? Können Schüler nach Unterrichtsende eine Ganztagesbetreuung besuchen? Bieten Lehrer oder andere Fachkräfte im Einzelfall individuelle Lerneinheiten oder Förderunterricht an? Durch einen intensiven und regelmäßigen Austausch zwischen Kindertageseinrichtung bzw. Schule, Sozialarbeiter und Erziehungsberechtigten können die Lernbedarfe der Kinder analysiert, erforderliche Unterstützungsmaßnahmen initiiert, Entwicklungsfortschritte akzentuiert und die kindlichen Bewältigungsressourcen auf diese Weise bestmöglichst gefördert werden.

Sofern es den Eltern (noch) nicht gelingt, die Kinder in der Bewältigung schulischer Anforderungen ausreichend zu unterstützen, sollte der Familienhelfer hier eine kompensatorische Funktion übernehmen. Ähnlich wie bereits beschrieben, müssen die Erziehungsberechtigten jedoch weit möglichst miteinbezogen werden. In der Praxis kann dies durch gezielte Lern- oder Hausaufgabenzeiten unter Beteiligung des Kindes, des Erziehungsberechtigten und der sozialpädagogischen Fachkraft erfolgen. Der Sozialarbeiter sollte die Eltern nicht ersetzen, sondern ihnen vermitteln, wie sie zukunftsorientiert und verantwortungsvoll eine angemessene schulische Förderung der Kinder verwirklichen können.

Neben den beschriebenen institutionellen Ressourcen, sichern auch Freizeit- und Betreuungsangebote sowie Vereine im Sozialraum für die Heranwachsenden den Zugang zu wesentlichen Schutzfaktoren. Wie in Kapitel 3.3.2.3 beleuchtet, kommt der kindlichen Freizeitgestaltung in den Befunden der Resilienzforschung eine wichtige Funktion zu: Soziale Kontakte zu Gleichaltrigen werden aufgebaut, Beziehungen zu fürsorglichen Erwachsenen gepflegt, personelle Fähigkeiten entdeckt und erweitert, Abstand von familiären Problemen gewonnen und Selbstwirksamkeit erlebt.

Dies stellt die Fachkräfte der SPFH vor die Aufgabe zunächst die Strukturen des Wohnumfeldes zu erkunden, sich über das Freizeit- und Vereinswesen zu informieren und die

Angebote gemeinsam mit den kindlichen und familiären Interessen abzugleichen. Darüber hinaus müssen die finanziellen und organisatorischen Teilnahmebedingungen sichergestellt werden. Häufig bedarf dies der Anleitung der Eltern bei der Kontaktaufnahme mit Freizeitinstitutionen sowie der Begleitung der Familie oder ggf. des Kindes zu den ersten „Schnupperversuchen“. Auch kann eine Beantragung von Leistungen zur Bildung und Teilhabe gemäß § 28 SGB II für die finanzielle Begleichung von Beiträgen erforderlich sein.

Im Hinblick auf die Interventionsstrategien dieses Kapitels bleibt zusammenfassend festzustellen: Eine wichtige „Aufgabe ambulanter Dienste liegt darin, die sozialen Ressourcen in der Betreuungsumwelt zu erhöhen. Die Rolle von sozialen Netzwerken, sozialen Kontakten und sozialer Unterstützung wurde in zahlreichen Untersuchungen belegt“ (Frindt 2009c, S. 22) und stellen besonders in der Arbeit mit Familien mit einem psychisch kranken Elternteil einen wichtigen Handlungsansatz für die Stärkung betroffener Kinder dar.

5. Grenzen und Hindernisse für die Arbeit der SPFH

Stärkung kindlicher Bewältigungsressourcen, Mobilisierung familiärer Ressourcen, Aktivierung sozialer Schutzfaktoren - zunächst klingen die erarbeiteten Handlungsansätze der SPFH durchaus erfolgsversprechend und zielorientiert. Doch sind die Interventionsstrategien in der Praxis ohne weiteres umsetzbar?

Im Interesse einer fachlich fundierten und wirkungsorientierten SPFH ist es unabdingbar sich neben indizierten Handlungsstrategien auch mit den Grenzen und Hindernissen des eigenen beruflichen Wirkens auseinanderzusetzen und förderliche Rahmenbedingungen zu identifizieren. Daher werden in einem abschließenden Kapitel Grenzen und Schwierigkeiten, die nicht selten die Arbeit der SPFH mit der gewählten Zielgruppe prägen, thematisiert. Neben einer von Lenz durchgeführten empirischen Studie zu den Kooperationsprozessen zwischen dem System des Gesundheitswesens und dem System der Jugendhilfe (vgl. Lenz 2014a, S. 333-345), basiert dieses Kapitel in weiten Teilen auf einer empirisch-qualitativen Untersuchung von Weber. Dieser Studie liegt die Frage nach den Besonderheiten in der Interaktion zwischen Sozialarbeitern und psychisch erkrankten Eltern zugrunde (vgl. Weber 2012, S. 114). Auch wenn nicht ausschließlich ambulant tätige Sozialarbeiter befragt wurden, wirken die Befunde der Untersuchung vielfach kompatibel mit den beruflichen Erfahrungen der Autorin und scheinen daher auch im ambulanten Setting der SPFH Geltung zu finden.

Die folgende Ausarbeitung bezieht sich auf die Problematiken, die im Hinblick auf die Elternarbeit im Kontext psychischer Erkrankungen, in der interdisziplinären Kooperationsarbeit und im Spannungsfeld zwischen Hilfe und Kontrolle entstehen. Auch die persönliche Arbeitsbelastung sowie die fachlichen Grenzen der ambulant tätigen Mitarbeiter sollen zum Gegenstand dieses Kapitels werden.

Elternarbeit im Kontext psychischer Erkrankung

Eine tragfähige, von Vertrauen geprägte Beziehung gilt als Grundlage einer wirkungsorientierten Hilfe zur Erziehung und ermöglicht erst die Veränderung bisheriger dysfunktionaler Kommunikations-, und Verhaltensmuster (vgl. Weber 2012, S. 191). In den von Weber durchgeführten qualitativen Interviews wird deutlich, welche Herausforderungen dies an die Fachkräfte stellt: „Der Möglichkeitsraum für funktionale Beziehungsarbeit ist im Fall von psychisch kranken Eltern stark eingeschränkt, zu einem schwer psychisch Kranken ist kaum Zugang zu finden“ (Weber 2012, S. 222). Bindungsmisstrauen, Beziehungsstörungen und akute Krankheitsphasen beeinträchtigen die Kontingenz der Intervention, führen zu einer erschwerten Beziehungsarbeit und beeinflussen die Kommunikationsprozes-

se zwischen Sozialarbeiter und Klienten.

Nach Aussagen der befragten Fachkräfte verstärkt die sedierende Wirkung von verordneten Psychopharmaka häufig das unberechenbare elterliche Verhalten. Nicht selten sind die kognitiven Kompetenzen und die allgemeine Handlungsfähigkeit der Erkrankten erheblich eingeschränkt (ebenda, S. 214).

Vor diesem Hintergrund zeigt sich, dass dem professionellen Bemühen des Familienhelfers im Kontext der psychischen Erkrankung der Eltern deutliche Grenzen gesetzt werden. Durch die krankheitsbedingten, emotional instabilen Verhaltensmuster und psychopathologischen Symptome scheint vor allem die beschriebene Mobilisierung familiärer Ressourcen prekären Rahmenbedingungen gegenüberzustehen. Die Erfahrungen aus der Praxis belegen, dass nicht selten getroffene Absprachen schon im nächsten Treffen übergangen, erarbeitete Familienregeln mit Inkonsequenz begegnet und festgelegte Alltagsstrukturen von den Erziehungsberechtigten nicht eingehalten werden.

Um eine nachhaltige Wirkung erzielen und auf das familiäre System Einfluss nehmen zu können, ist der Familienhelfer auf die fortwährende Mitarbeit der Eltern angewiesen. Wie auch Mattejat und Remschmidt konstatieren, wird an dieser Stelle deutlich, dass Grundlage jeder erfolgreichen Hilfe eine qualifizierte, effektive und symptomreduzierende Behandlung der elterlichen Erkrankung ist (vgl. Mattejat/Remschmidt 2008, S. 417). Zwar können im Rahmen der SPFH alltägliche Schwierigkeiten überwunden und nicht genutzte Ressourcen mobilisiert werden, aber dennoch unterliegt die eigentliche Behandlung der psychischen Störung dem Wirkungskreis medizinischer Institutionen. Eine medizinische und sozialpädagogische Intervention gestaltet sich jedoch besonders dann nahezu aussichtslos, wenn die Eltern über keine Problem- und Krankheitseinsicht verfügen (vgl. Weber 2012, S. 186ff).

Strukturelle Kooperationsprobleme in der interdisziplinären Zusammenarbeit

In der Fachdebatte werden zudem wiederkehrende Kooperationsproblematiken zwischen den Hilfesystemen der Jugendhilfe und der Erwachsenenpsychiatrie bekundet (vgl. Lenz 2014a, S. 337; Schone/Wagenblass 2001, S. 582). Eine wirkungsvolle Zusammenarbeit wird häufig durch systemimmanente Strukturen und adversative Aufträge verhindert: „Im Mittelpunkt des psychiatrischen Versorgungssystems stehen die Bedürfnisse und Interessen des Patienten bzw. der Patientin. Jugendhilfe als wohlfahrtsstaatliches Unterstützungssystem liegt ein sozialpolitischer und sozialpädagogischer Handlungsmodus zugrunde“ (Schone/Wagenblass 2001, S. 582).

Neben diesem Aspekt gründen die Mängel in der Zusammenarbeit nach Erkenntnissen einer empirischen Untersuchung von Lenz auf den unterschiedlichen Denkmustern und

professionellen Erfahrungshorizonten der beiden Systeme (vgl. Lenz 2014a, S. 338). Während die Mitarbeiter des Jugendamtes die mangelnde Einbeziehung der Kinder in die psychiatrische Behandlung sowie die Instrumentalisierung der Heranwachsenden für die Genesung des erkrankten Elternteils kritisieren, werfen Experten der Erwachsenenpsychiatrie den Mitarbeitern der Jugendhilfe mangelnde Fachkenntnisse über psychische Erkrankungen, eine lineare Denkweise bei der Diagnose des Kindeswohls und das vorschnelle Absprechen von elterlicher Erziehungsfähigkeit vor (ebenda, S.339-342).

Auch wenn im Interesse einer optimalen Hilfe die Zusammenarbeit zwischen dem Familienhelfer und den Fachkräften der medizinischen Versorgungsinstitutionen erforderlich wäre, bringen die oben beschriebenen Konfliktlinien in der Praxis deutliche Probleme für die Arbeit der SPFH mit sich. In vielen Fällen führt vor allem die wenig kompatible Zielsetzung der beiden Systeme zu Schwierigkeiten in der Zusammenarbeit.

In einem Praxisforschungsprojekt wurden die Probanden auch nach Kooperationsanforderungen befragt und äußerten folgende Aspekte als notwendige Voraussetzung für eine erfolgreiche Zusammenarbeit: die verstärkte Wahrnehmung der Brückenfunktion des sozialpsychiatrischen Dienstes, die Organisation gemeinsamer Fort-, Weiterbildungen und Fachveranstaltungen, die Herstellung von persönlichen Kontakten unter den handelnden Fachkräften sowie ein besseres Verständnis über die fachliche und persönliche Orientierung der einzelnen Professionen (vgl. Schone/Wagenblass 2006b, S. 135-141). Durch eine systemische Vernetzung würde ebenso die Chance erwachsen, dass die SPFH weniger in ihrer Kontrollaufgabe und vermehrt in ihrer Hilfefunktion wahrgenommen werden würde (vgl. Schone/Wagenblass 2001, S. 582f), womit eine weitere Schwierigkeit der SPFH in der Arbeit mit der beschriebenen Zielgruppe angesprochen wird.

Spannungsfeld zwischen Hilfe und Kontrolle

„Jugendhilfe hat durch ihren gesetzlichen Auftrag die gleichzeitige Verpflichtung, Eltern bei der Erziehung ihrer Kinder zu unterstützen (Hilfedimension) und Kinder vor Gefahren für ihr Wohl zu schützen (Kontrolldimension)“ (Schone/Wagenblass 2001, S. 584). Dieses Spannungsfeld wird in der Literatur auch als doppeltes Mandat bezeichnet (ebenda). Aus den Erkenntnissen des Kapitels 3.1.3 ist eine erhöhte Kindeswohlgefährdung im Kontext einer elterlichen Psychopathologie belegt. Infolgedessen verstärkt sich in der Arbeit der SPFH mit der beschriebenen Zielgruppe nicht selten die Diskrepanz zwischen Hilfe und Kontrolle. Auch wenn der erkrankte Elternteil der elterlichen Fürsorgepflicht eine Zeit lang verantwortungsvoll und adäquat nachkommt, kann wenige Tage später eine Akutkrise folgen und der Schutz des Kindeswohl somit wieder erneut in Frage stehen (ebenda, S. 585). Die Fachkraft der SPFH bewegt sich demzufolge stets in dem beschriebenen

Spannungsfeld und muss die Erziehungsfähigkeit der Eltern immerwährend kritisch analysieren.

Ferner weisen Schone und Wagenblaus darauf hin, dass der Jugendhilfe - insbesondere familiennahen Hilfen - oftmals eine negative Öffentlichkeitswahrnehmung entgegengebracht wird und selbst präventive Maßnahmen einer Assoziation mit der Inobhutnahme der Kinder unterliegen. Hieraus erwächst in vielen Fällen eine geringe Kooperationsbereitschaft der Familie, wodurch eine frühzeitige Inanspruchnahme von Unterstützungsmaßnahmen verhindert wird. Wenn Hilfen zur Erziehung erst bei eskalierenden Problemen zum Einsatz kommen, ist es häufig fraglich, ob eine ambulante Hilfe noch ausreichend ist (vgl. Schone/Wagenblaus 2006b, S. 149). Eine deutliche Grenze sozialpädagogischen Handelns in der SPFH wird somit durch die verspätete Inanspruchnahme der Hilfe markiert. Nicht selten scheinen die Bewältigungsmöglichkeiten der Familie ausgeschöpft, die Krise zugespitzt oder das familiäre System so sehr lädiert, dass der Familienhelfer eine stationäre Maßnahme für die Kinder kaum mehr verhindern kann.

Die SPFH stößt an ihre Grenzen, wenn die Eltern trotz umfassenden Interventionsbemühungen keine Problemeinsicht oder Mitarbeitsbereitschaft entwickeln oder es ihnen trotz intensiver Arbeit nicht gelingt, die Sorge für ihr Kind verantwortungsvoll zu übernehmen. In diesem Falle werden zum Schutz des Kindes andere Maßnahmen, die das ambulante Setting überschreiten, erforderlich (vgl. Ziegenhain et al. 2004, S. 182).

Persönliche Arbeitsbelastung der Mitarbeiter

Im engen Zusammenhang mit dem zuletzt beleuchteten Aspekt lässt die Studie von Weber erkennen, welchen Arbeitsbelastungen Fachkräfte der Jugendhilfe in der Intervention mit psychisch kranken Eltern gegenüberstehen. „Sie befinden sich in einem Dilemma zwischen Verantwortungsbewusstsein und dem Wissen um die Endlichkeit der eigenen Ressourcen“ (Weber 2012, S. 224), so Weber. Die wenig vorhersehbaren Krankheitsschübe verstärken unter den Fachkräften das Gefühl ständig erreichbar sein zu müssen. Überschrittene Arbeitszeiten, verkürzte Pausen und fehlende Erholung sind die Folge (ebenda, S. 216). Neben völliger Erschöpfung, wird auch von ernsten Erkrankungen wie Burnout, psychosomatischen Beschwerden und chronischen Erkrankungen als Folgen der Arbeitsbelastung berichtet (ebenda, S. 241). Die befragten Fachkräfte der Jugendhilfe äußern zudem in der Arbeit mit psychisch kranken Eltern nicht selten Gefühle der Ratlosigkeit, Überforderung und Macht- und Hoffnungslosigkeit. Auch sehen sich viele zu Beginn ihrer beruflichen Laufbahn mit der demoralisierenden Erfahrung „nicht allen Familien helfen zu können“ (ebenda, S. 230) konfrontiert.

Die Ergebnisse der Studie verdeutlichen nach Ansicht von Weber die Dringlichkeit einer

bedarfsgerechten Kultur von Mitarbeiterfürsorge von Seiten der Führungs- und Leitungsebene. Neben regelmäßigen Fachgesprächen, die der Psychohygiene dienen, sehen viele Mitarbeiter der Jugendhilfe Supervisionsangebote als notwendigen Bestandteil ihrer Arbeit mit psychisch kranken Eltern an, um psychische Überlastungen zu vermeiden (vgl. Weber 2012, S. 253).

Fachliche Grenzen, fehlende Qualifikation und mangelndes Fachwissen

Neben den bisher beleuchteten Aspekten, können auch mangelnde Fachkenntnisse und fehlende Qualifikationen der Fachkräfte die persönliche Arbeitsbelastung zusätzlich intensivieren. „Die bisherige Praxis gestaltet sich häufig so, dass SPFH-MitarbeiterInnen in Familien auf einen weitaus höheren Bedarf an Betreuung und Hilfe treffen, als sie im Rahmen ihrer Möglichkeiten und ihres Fachwissens zu leisten fähig sind“ (vgl. Schone/Wagenblaus 2006b, S. 108).

Auch Weber kommt zu dem Ergebnis, dass das Wissen über psychische Erkrankungen, deren Auswirkungen und Folgen bei Sozialarbeitern begrenzt zu sein scheint (vgl. Weber 2012, S. 251). In diesem Sinne fordern Experten: „Fachkräfte benötigen daher ein besseres fachliches Verständnis und eine größere methodische Sicherheit, welche es ihnen ermöglicht, die oft verwirrenden Verhaltensweisen wie Wahnvorstellungen, emotionale Überreaktionen oder extreme Stimmungsschwankungen (Aggressivität oder Passivität) kranker Eltern, angemessener verstehen und diesen ggf. besser begegnen zu können“ (Schone/Wagenblaus 2006b, S. 217).

Die beleuchteten Aspekte lassen deutlich werden, dass die Arbeit der SPFH in Familien mit psychisch kranken Elternteilen von erheblichen Grenzen und Hindernissen begleitet wird. Umso wichtiger erscheint es das Vorhandensein der beschriebenen Rahmenbedingungen, wie etwa eine gleichzeitig stattfindende medizinische Behandlung, die Bedingungen einer erfolgreichen Kooperationsbeziehung sowie die Möglichkeit von Supervisionen oder fachlichen Weiterbildungen, in der Praxis kritisch zu analysieren und einzufordern.

6. Fazit

Welche Handlungsansätze ergeben sich für die Intervention der SPFH zur Stärkung von Kindern in Familien mit einem psychisch kranken Elternteil? Das Anliegen dieser Arbeit war es die besondere Lebenssituation von Kindern psychopathologischer Eltern in den Fokus der Aufmerksamkeit zu rücken und einen fachlichen Beitrag zur Ausgestaltung der SPFH mit dieser Zielgruppe zu leisten. Wenngleich auch die Darstellung von Risiko- und Belastungsfaktoren eine unverkennbare Wichtigkeit für die inhaltliche Bearbeitung der forschungsleitenden Frage markiert, ist das besondere Interesse dieser Bachelorarbeit, anlog zu originär sozialarbeiterischen und pädagogischen Arbeiten, den Blick auf die Ressourcen und Schutzfaktoren der Adressaten zu richten. Hierzu wurde den dargestellten Ergebnissen der Resilienzforschung eine fundamentale Bedeutung zuteil.

Neben allen prekären Entwicklungsbedingungen, denen Kinder im Lichte der elterlichen Erkrankung ausgesetzt sind, implizieren die beleuchteten, empirisch belegten Resilienzfaktoren auch positive, verheißungsvolle und aussichtsreiche Ansatzpunkte für die Arbeit der SPFH. Die im Verlauf der Ausführung herausgearbeiteten Interventionsstrategien können somit als fachlich fundierte Handlungsmaxime sozialarbeiterischen Wirkens in der SPFH betrachtet werden, um eine Stärkung der betroffenen Kinder zu erreichen. Zweifelsohne ist dabei die Förderung der kindlichen Bewältigungsressourcen (vgl. Kapitel 4.2.) maßgeblich.

Darüber hinaus wird jedoch auch der Elternarbeit, die zugleich die Mobilisierung von familiären Ressourcen rekrutiert (vgl. Kapitel 4.3), ein elementarer Wert beigemessen. Vordergründig wird hierin das Ziel verfolgt, die Eltern für die besonderen Bedürfnisse ihrer Kinder zu sensibilisieren, sie bei der Wahrnehmung ihrer Elternrolle trotz gesundheitlicher Beeinträchtigung zu unterstützen und eine Bereitschaft für die Inanspruchnahme disziplinübergreifender, bedarfsgerechter Hilfen anzubahnen. Dass dies jedoch aufgrund der eingeschränkten krankheitsbedingten Kompetenzen der Erziehungsberechtigten nicht in jedem Falle verwirklicht werden kann, wurde mehrfach aufgezeigt. Dennoch gilt es bei Gewährleistung einer dem Kindeswohl entsprechenden Alltagsgestaltung, die Eltern in ihrem Bemühen zu stärken und ihnen mit Achtung für ihre Elternrolle zu begegnen. Wenn eine stabile Übernahme der Erziehungs- und Sozialisationsfunktionen durch die Eltern vorübergehend nicht realisierbar erscheint, erwächst eine besondere Notwendigkeit kompensierende Einflussvariablen im sozialen Umfeld zu aktivieren (vgl. Kapitel 4.4). Diesem Handlungsansatz kann somit im Einzelfall einer der wesentlichen Funktionen für die Arbeit der SPFH zur Stärkung der betroffenen Kinder zukommen. Frindt fasst dies wie folgt zusammen: „Auch wenn die familiären Lebensverhältnisse und die Umgangsformen der

Familienmitglieder nicht kurzfristig durch sozialpädagogische Interventionen grundlegend verändert werden, können die Lebens- und Entwicklungsbedingungen der Kinder deutlich und anhaltend verbessert werden, wenn es im Sinne einer Resilienzförderung gelingt, den Zugang zu Ressourcen außerhalb der Familie zu eröffnen und systemisch zu erweitern. Nicht die Belastungen in der Familie allein beeinträchtigen die Kinder, sondern eine ungünstige Relation zwischen Belastungen und protektiven Faktoren“ (Frindt 2009a, S. 259). Somit liegt eine grundlegende Erkenntnis dieser Arbeit in der Essenz, die soziale Ressourcen für Kinder psychisch kranker Eltern mit sich bringen. Für die Fachkräfte der SPFH gilt es ihre Interventionsstrategien nicht nur auf innerfamiliäre Prozesse zu richten, sondern verstärkt Einfluss auf die Aktivierung außerfamiliäre Schutzfaktoren zu nehmen. Dieser Handlungsansatz stellt ein besonderes Postulat für die Arbeit der SPFH in Familien mit einem psychisch kranken Elternteil dar.

Darüber hinaus hat die Ausführung deutlich werden lassen, dass neben den bestehenden Grenzen und Hindernissen (vgl. Kapitel 5), auch fehlende handlungsleitende Konzepte und präzise formulierte Methoden die fachlich fundierte Ausgestaltung der SPFH erschweren. Exemplarisch sei hier nochmals die Förderung der Eltern-Kind-Bindung erwähnt. Auch wenn detaillierte Wissensbestände über bindungsrelevante Kenntnisse eine wissenschaftsbasierte, theoriebezogene Familienhilfe möglich erscheinen lassen, fehlt es in der Praxis an einigen Stellen an praktischen Handlungsleitlinien und konkreten Konzepten für die thematisierte Zielgruppe. Beispielhaft stehen die Fachkräfte der SPFH bei der Arbeit mit psychisch kranken Eltern vor der Frage: Welche Methoden sind indiziert für bindungsbezogene Interventionsansätze bei psychisch kranken Eltern? Wie kann ein Bewusstsein für bindungsdynamische Kompetenzen geschaffen werden, wenn Erzieherpersonen zugleich selber über kein stabiles Bindungsmuster verfügen? Wo werden Erwartungen und Fähigkeiten überschritten?

Für eine fachkundige Familienhilfe sollten forschungsmethodische Erwägungen somit zukünftig nicht nur die elterliche Störungsproblematik berücksichtigen, sondern auch die Bereitstellung von empirisch gesichertem Handlungswissen vertiefen. Insgesamt wirkt die konzeptionelle Ausgestaltung der SPFH mit der beschriebenen Adressatengruppe noch wenig erforscht. Dies weist darauf hin, dass die Handlungslogiken mit dem thematisierten Klientel in der Praxis gehäuft auf intuitiven Empfindungen und weniger auf empirisch gesichertem Handlungswissen zu basieren scheinen. Nicht zuletzt sollten auch Übungen und Methoden, die in der vorliegenden Arbeit aufgegriffen worden sind (vgl. Kapitel 4.2.1, 4.3.1, 4.3.3), auf ihre Wirksamkeit und Praktikabilität hin geprüft und in der inhaltlichen Ausführung ggf. optimiert werden.

Diese Arbeit gab mir die Möglichkeit mich auf wissenschaftlicher Basis mit einer zunehmenden Adressatengruppe der SPFH auseinanderzusetzen, den Kinder bzw. Familien mit einem psychisch kranken Elternteil.

Die Korrelation zwischen den gesundheitlichen Problemen der Eltern und den gehäuft auftretenden psychosozialen Belastungen der Familie, haben in der Vergangenheit dazu geführt, dass auch mein Wirken in dem Arbeitsfeld der SPFH nicht selten von einer gefühlten Hilf- und Ratlosigkeit begleitet wurde. Häufig können Familiensysteme nicht geändert, Eltern nur bedingt erreicht und die Lebensumstände der Kinder lediglich im Ansatz verbessert werden. Aber ist es nicht genau das, was Kinder in ihrer Alltagsbewältigung stärkt? Zeichnet sich pädagogisches Handeln nicht auch schon durch eine minimale Modifikation kindlicher Entwicklungsbedingungen aus? Durch die thematische Auseinandersetzung mit der besonderen Lebenssituation dieser Kinder und den damit in Verbindung stehenden resilienzorientierten Handlungsansätzen der SPFH ist für mich sehr deutlich geworden, dass schon Kleinigkeiten zu bedeutsamen Veränderungen in der Lebenswirklichkeit der betroffenen Heranwachsenden führen können.

Die Erarbeitung der dargestellten resilienzzentrierten Interventionsstrategien sowie indes- sen besonders die bereits erwähnte Notwendigkeit der Aktivierung sozialer Ressourcen haben mich erkennen lassen, dass man in der Rolle des Familienhelfers lange nicht so hilflos ist, wie es zunächst in der Praxis erscheint. Zudem ist mir die Bedeutsamkeit einer ressourcenorientierten Arbeitsweise nochmals verstärkt bewusst geworden. Dieses Bewusstsein markiert für mein zukünftiges berufliches Wirken in der SPFH eine erweiterte bzw. gründlich reflektierte, fachliche Perspektive.

Ein Diktum, das Pestalozzi einst äußerte, sei den Fachkräften der SPFH und den Lesern dieser Arbeit für die zukünftige Begegnungen mit Kindern psychisch kranker Eltern abschließend mit auf den Weg gegeben. Der Schweizer Pädagoge bekundet: Der Mensch ist „was er bedarf, was ihn erhebt und was ihn erniedrigt, was ihn stärkt und ihn entkräftet“ (Pestalozzi 1780, o. S.). Neben der Reduzierung von Risiko-, und Belastungsfaktoren („was ihn erniedrigt ... und ihn entkräftet“), sollte die Interaktion mit Kindern psychopathologischen Eltern in besondere Weise einen Zugang zu den beschriebenen Ressourcen schaffen. Fachkräfte können den Familien einen Raum öffnen, der ihnen durch die Mobilisierung von neuen, lebensweltbedeutsamen protektive Faktoren zu einer positiveren Alltagsgestaltung verhilft. Auf diesem Wege werden Kinder „gestärkt“ und „erhebt“. Sie können ein Stück Vertrauen in eine Welt voller einsamer, widersprüchlicher, beängstigender und beunruhigender Momente aufbauen. Sie können bei der Entwicklung zu einer stabilen, gesunden und lebensfrohen Persönlichkeit Unterstützung erfahren und müssen ihren Lebensalltag nicht länger als „vergessene Angehörige“ bestreiten.

7. Literaturverzeichnis

- BECK, Katja (2006): Netz und Boden. Unterstützung für Kinder psychisch kranker Eltern. Berlin.
- BOWLBY, John (2010): Bindung als sichere Basis. Grundlagen und Anwendung der Bindungstheorie. München, 2. Auflage.
- BOHUS, Martin et al. (1998): Kinder psychisch kranker Eltern. Eine Untersuchung zum Problembewusstsein im klinischen Alltag. In: Psychiatrische Praxis. Jg. 25, Heft 3, S. 134-138.
- BRISCH, Karl-Heinz (2012): SAFE. Sichere Ausbildung für Eltern. Stuttgart, 4. Auflage.
- BUDEL, Wolfgang/FRÜCHTEL, Frank (2011): Sozialraumorientierung. In: DEUTSCHEN VEREIN FÜR ÖFFENTLICHE UND PRIVATE FÜRSORGE (Hrsg.): Fachlexikon der sozialen Arbeit. Baden-Baden, 7. Auflage, S. 845-846.
- BUNDESMINISTERIUM FÜR FAMILIE, SENIOREN, FRAUEN UND JUGEND (1999): Handbuch Sozialpädagogischer Familienhilfe. Stuttgart, 3. überarbeitete Auflage.
- CORDES, Ragna/PETERMANN, Franz (2001): Das Video-Interaktionstraining. Ein neues Training für Risikofamilien. In: Kindheit und Entwicklung. Jg. 10, Nr. 2, S. 124-131.
- DENEKE, Christiane (2009): Kinder psychisch kranker Eltern. In: SCHLACK, Hans/THYEN, Ute/RÜDIGER, Kries (Hrsg.): Sozialpädiatrie. Gesundheitswissenschaft und pädiatrischer Alltag. Heidelberg, S. 396-402.
- DENEKE, Christine (2005): Misshandlung und Vernachlässigung durch psychisch kranke Eltern. In: DEGENER, Günter/KÖRNER, Wilhelm (Hrsg.): Kindesmisshandlung und Vernachlässigung. Ein Handbuch. Göttingen, S. 140-154.
- DENEKE, Christiane/BECKMANN, Ortrud/DIERKS, Henrike (2008): Präventive Gruppenarbeit mit Kindern psychisch kranker Eltern. In: LENZ, Albert/JUNGBAUER, Johannes (Hrsg.): Kinder und Partner psychisch kranker Menschen. Tübingen, S. 63-80
- DESCH, Erica (2014): Parentifizierung. In: KUPFERSCHMIDT, Stephan/KOCH, Irene (Hrsg.): Psychisch belastete Eltern und ihre Kinder stärken. Ein Therapiemanual. Stuttgart, S. 19-22.
- ERLER, Michael (2011): Systemische Familienarbeit. Eine Einführung. Weinheim/München, 2. überarbeitete Auflage.
- ERLICH, Barbara (2011): STEP – Elterntraining. Wege zu erfüllten familiären Beziehungen. Eine praktische Einführung für Eltern und Fachleute. Stuttgart.

- FRANKE, Alexa (2012): Modelle von Gesundheit und Krankheit. Bern, 3. überarbeitete Auflage.
- FRIEDRICH, Sibylle (2012): Ressourcenorientierte Netzwerkmoderation. Ein Empowermentwerkzeug in der Sozialen Arbeit. Wiesbaden.
- FRINDT, Anja (2009a): Impulse der Resilienzforschung für ambulante Hilfen zur Erziehung in Familien. In: Zeitschrift für Sozialpädagogik. Jg. 7, Heft 2, S. 244-263.
- FRINDT, Anja (2009b): Resilienzförderung in der Praxis der SPFH. In: Forum Erziehungshilfen. Jg. 15, Heft 2, S. 76-80.
- FRINDT, Anja (2009c): Resilienzförderung in der SPFH. Soziale Ressourcen außerhalb der Familie nutzen. In: Sozial Extra. Jg. 33, Heft 11/12, S. 22-25.
- FRÖHLICH-GLIDHOF, Klaus/RÖNNAU-BÖSE, Maike (2014): Resilienz. München, 3. aktualisierte Auflage.
- FRÖHLICH-GLIDHOFF, Klaus/ENGEL Eva-Maria/RÖNNAU-BÖSE, Maike (2006): SPFH im Wandel? Untersuchungsergebnisse zu Konzepten, Praxis und Rahmenbedingungen der Sozialpädagogischen Familienhilfe. Freiburg.
- GÖRLITZ, Gudrun (2012): Psychotherapie für Kinder und Familien. Übungen und Materialien für die Arbeit mit Eltern und Bezugspersonen. Bonn, 4. durchgesehene Auflage.
- GÖRLITZ, Gudrun (2009): Psychotherapie für Kinder und Jugendliche. Erlebnisorientierte Übungen und Materialien. Bonn, 4. durchgesehene Auflage.
- GRUNWALD, Klaus/THIERSCH, Hans (2004): Praxis lebensweltorientierter Sozialer Arbeit. Handlungszugänge und Methoden in unterschiedlichen Arbeitsfeldern. Weinheim/München.
- KÖLCH, Michael (2010): Versorgung von Kindern aus Sicht ihrer psychisch kranken Eltern. In: Sachverständigenkommission 13. Kinder- und Jugendhilfebericht (Hrsg.): Mehr Chancen für gesundes Aufwachsen. Gesundheitsförderung und gesundheitsbezogene Prävention in der Kinder- und Jugendhilfe. Materialien zum 13. Kinder- und Jugendhilfebericht. München, DJI, S. 683-752.
- LAUCHT, Manfred et al. (1996): Viereinhalb Jahre danach: Mannheimer Risikokinder im Vorschulalter. In: Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie. Jg. 24, Heft 2, S. 67-81.
- LENZ, Albert (2014a): Kinder psychisch kranker Eltern. Göttingen u. a., 2. vollständig bearbeitete und erweiterte Auflage.

- LENZ, Albert (2014b): Kinder psychisch kranker Eltern – Risiken, Folgen und Herausforderungen für die Jugendhilfe. In: Jugendhilfe. Jg. 52, Heft 3, S. 166-175.
- LENZ, Albert (2014c): Kinder und ihre Familien gezielt unterstützen. In: MATTEJAT, Fritz/LISOSKY, Beate (Hrsg.): Nicht von schlechten Eltern. Kinder psychisch kranker Eltern. Bonn, 4. korrigierte und ergänzte Auflage, S. 96-113.
- LENZ, Albert (2010): Ressourcen fördern. Materialien für die Arbeit mit Kindern und ihren psychisch kranken Eltern. Göttingen u. a.
- LÖSEL, Friedrich/BENDER, Doris (2008): Von generellen Schutzfaktoren zu spezifischen protektiven Prozessen: Konzeptuelle Grundlagen und Ergebnisse der Resilienzforschung. In: OPP, Günther/FINGERLE, Michael (Hrsg.): Was Kinder stärkt. Erziehung zwischen Risiko und Resilienz. München, 3. Auflage, S. 57-78.
- MARZINZIK, Kordula/KLUWE, Sabine (2007): Stärkung der Erziehungskompetenzen durch Elternkurse. Zur Wirksamkeit und Reichweite des Elterntrainings STEP. In: Prävention, Heft 3, S. 79-82.
- MATTEJAT, Fritz (2014): Kinder mit psychisch kranken Eltern. In: MATTEJAT, Fritz/LISOSKY, Beate (Hrsg.): Nicht von schlechten Eltern. Kinder psychisch kranker Eltern. Bonn, 4. korrigierte und ergänzte Auflage, S. 68-95.
- MATTEJAT, Fritz/REMSCHMIDT, Helmut (2008): Kinder psychisch kranker Eltern. In: Deutsches Ärzteblatt. Jg. 105, Heft 5, S. 413-418.
- MATTEJAT, Fritz/REMSCHMIDT, Helmut (1994): Kinder psychotischer Eltern – eine vernachlässigte Risikogruppe. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie. Jg. 43, Nr. 8, S. 295-299.
- MÜLLER, Brigitte (2008): Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil: Systemisch Perspektive. In: LENZ, Albert/JUNGBAUER, Johannes (Hrsg.): Kinder und Partner psychisch kranker Menschen. Tübingen, S. 137-155.
- MÜNDER, Johannes/MUTKE, Barbara/SCHONE, Reinhold (2000): Kindeswohl zwischen Jugendhilfe und Justiz. Professionelles Handeln in Kindeswohlverfahren. Fulda.
- NIELSEN, Heidi/NIELSEN, Karl/MÜLLER, Wolfgang (1986): Sozialpädagogische Familienhilfe. Probleme, Prozesse und Langzeitwirkungen. Weinheim/Basel.
- OPP, Günther (2008): Schule - Chance oder Risiko? In: OPP, Günther/FINGERLE, Michael (Hrsg.): Was Kinder stärkt. Erziehung zwischen Risiko und Resilienz. München, 3. Auflage, S. 227-244.
- PAUEN, Sabina/VONDERLIN, Eva (2009): Entwicklungspsychologische Grundlagen. In: SCHNEIDER, Silvia/MAGRAF, Jürgen (Hrsg.): Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Band 3, Störungen im Kindes- und Jugendalter. Heidelberg, S. 3-22.

PESTALOZZI, Heinrich (1780): Die Abendstunde eines Einsiedlers.

http://www.heinrich-pestalozzi.de/cn/dokumentation/2610220195122892998327963216442031621697-/level2/level_3/abendstunde_volltext/index.htm [Zugriff am 26.05.2015]

PETERMANN, Franz/SCHMIDT, Martin (2006): Ressourcen – ein Grundbegriff der Entwicklungspsychologie und Entwicklungspsychopathologie? In: Kindheit und Entwicklung. Jg. 15, Nr. 2, S. 118-127.

PLASS, Angela/WIEGAND-GREFE, Silke (2012): Kinder psychisch kranker Eltern. Entwicklungsrisiken erkennen und behandeln. Weinheim/Basel.

PRETIS, Manfred/DIMOVA, Aleksandra (2004): Frühförderung mit Kindern psychisch kranker Eltern. München.

REDEKER, D./KUNZ-HASSAN, S./LEGGEMANN, M./VAN DEN BROEK, R. (2013): Patenschaften. In: BAUER Ulrich/DRIESEN, Martin/HEITMANN, Dieter/ LEGGEMANN, Micheal (Hrsg.): Psychische Erkrankungen in der Familie. Das Kanu-Manual für die Präventionsarbeit. Köln, S. 59-65.

ROBERT KOCH-INSTITUT (2012): DEGS. Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland. Was sind die häufigsten psychischen Störungen in Deutschland? https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/Degs/degs_w1/Symposium/degs_psychische_stoerungen.pdf?__blob=publicationFile [Zugriff am 28.03.2015]

ROTHER, Marga (2011): Sozialpädagogische Familien- und Erziehungshilfe. Eine Handlungsanleitung. Stuttgart, 6. Auflage.

SAHLI, Karin (2014): Entwicklung und Entwicklungsaufgaben. In: KUPFERSCHMIDT, Stephan/KOCH, Irene (Hrsg.): Psychisch belastete Eltern und ihre Kinder stärken. Ein Therapiemanual. Stuttgart, S. 24-26.

SCHONE, Reinhold/WAGENBLASS, Sabine (2006a): Kinder psychisch kranker Eltern zwischen Jugendhilfe und Erwachsenenpsychiatrie. Weinheim/München, 2. Auflage.

SCHONE, Reinhold/WAGENBLASS, Sabine (2006b): Wenn Eltern psychisch krank sind... Kindliche Lebenswelten und institutionelle Handlungsmuster. Weinheim/München, 2. unveränderte Auflage.

SCHONE, Reinhold/WAGENBLASS, Sabine (2001): Zwischen Psychiatrie und Jugendhilfe. Hilfe- und Unterstützungsangebote für Kinder psychisch kranker Eltern im Spannungsfeld der Disziplinen. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie. Jg. 50, Nr. 7, S. 513-524.

SCHOSSER A. et al. (2006): Genetische Aspekte affektiver Erkrankungen und der Schizophrenie. In: Journal für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie. Jg. 7, Nr. 4, S. 19-24.

- SOLLBERGER, Daniel/BYLAND, Mara/WIDMER, Géraldine (2008): Erwachsene Kinder psychisch kranker Eltern – Belastungen, Bewältigung und biographische Identität. In: LENZ, Albert/JUNGBAUER, Johannes (Hrsg.): Kinder und Partner psychisch kranker Menschen. Tübingen, S. 157-194.
- STATISTISCHES BUNDESAMT (2014): Ambulante erzieherische Hilfen nach Jahren. <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Soziales/Sozialleistungen/KinderJugendhilfe/-Tabellen/AmbulanteHilfen.html> [Zugriff am 20.03.2015]
- UNI SIEGEN (o. J.): Diagnoseinstrument. Zugang zu protektiven Faktoren außerhalb der Familie
http://www.uni-siegen.de/zpe/projekte/aktuelle/lamo-spfh/materialien/d_raster_ressourcen_detmold.pdf
[Zugriff am 19.04.2015]
- WEBER, Iris (2012): Gestörte Eltern – gestörte Jugendhilfe? Interaktionen im Helfer-Klienten-System mit Blick auf die professionellen Helfer. Weinheim/Basel.
- WEIß, Hans (2011): So früh wie möglich – Resilienz in der interdisziplinären Frühförderung. In: ZANDER, Margherita (Hrsg.): Handbuch Resilienzförderung. Wiesbaden, S. 330-359.
- WEIß, Hans (2008): Frühförderung als protektive Maßnahme - Resilienz im Kleinkindalter. In: OPP, Günther/FINGERLE, Michael (Hrsg.): Was Kinder stärkt. Erziehung zwischen Risiko und Resilienz. München, 3. Auflage, S. 158-174.
- WERNER, Emmy (2008a): Entwicklung zwischen Risiko und Resilienz. In: OPP, Günther/FINGERLE, Michael (Hrsg.): Was Kinder stärkt. Erziehung zwischen Risiko und Resilienz. München, 3. Auflage, S. 20-44.
- WERNER, Emmy (2008b): Resilienz. Ein Überblick über internationale Längsschnittstudien. In: OPP, Günther/FINGERLE, Michael (Hrsg.): Was Kinder stärkt. Erziehung zwischen Risiko und Resilienz. München, 3. Auflage, S. 311-326.
- WIEGAND-GREFE, Silke (2014): Interventionen für Kinder psychisch kranker Eltern. In: MATTEJAT, Fritz/LISOSKY, Beate (Hrsg.): Nicht von schlechten Eltern. Kinder psychisch kranker Eltern. Bonn, 4. korrigierte und ergänzte Auflage, S. 140-149.
- WIEGAND-GREFE, Silke/MATTEJAT, Fritz/LENZ, Albert (2012): Kinder mit psychisch kranken Eltern. Klinik und Forschung. Göttingen.
- WOOG, Astrid (2010): Soziale Arbeit in Familien. Theoretische und empirische Ansätze zur Entwicklung einer pädagogischen Handlungslehre. Weinheim/München, 4. Auflage.
- WOLF, Klaus (2008): Was kann sozialpädagogische Familienhilfe leisten? In: Jugendhilfe. Jg. 46, Heft 2, S. 63-70.
- WOLF, Klaus (2012): Sozialpädagogische Intervention in Familien. Weinheim/Basel.

WOLFF, Reinhart/STORK, Remi (2012): Dialogisches Eltern Coaching und Konfliktmanagement. Ein Methodenbuch für eine partnerschaftliche Bildungsarbeit (nicht nur) in den Hilfen zur Erziehung. Frankfurt/Main.

WUNDERER, Susanne (2014): Kindgerechte Aufklärung bei psychischer Erkrankung eines Elternteils In: MATTEJAT, Fritz/LISOFSKY, Beate (Hrsg.): Nicht von schlechten Eltern. Kinder psychisch kranker Eltern. Bonn, 4. korrigierte und ergänzte Auflage, S. 123-128.

WUSTMANN, Corina (2004): Resilienz. Widerstandsfähigkeit von Kindern in Tageseinrichtungen fördern. Weinheim/Basel.

ZIEGENHAIN, Ute et al. (2004): Entwicklungspsychologische Beratung für Eltern. Grundlagen und Handlungskonzepte für die Jugendhilfe. Weinheim/München.

ZIMMERMANN, Peter (2000): Bindung, interne Arbeitsmodelle und Emotionsregulation: Die Rolle von Bindungserfahrungen im Risiko-Schutz-Modell. In: Frühförderung interdisziplinär. Jg. 19, Heft 3, S. 119-129.

Anhang

Anhang 1

Entwicklungsaufgaben in den Lebensphasen (vgl. Sahli 2014, S. 25)

Lebensphase	Entwicklung/ Entwicklungsaufgaben Fertigkeiten/Verhaltensweisen	Unterstützungsmöglichkeiten/Aufgaben der Eltern und Bezugspersonen
Säuglingsalter	Physiologische Anpassung: eigenständiges Atmen, Nahrung aufnehmen und verdauen, Entwicklung der Bewegungen wie Sitzen, Rutschen, Kriechen, Entwicklung der Grobmotorik, des Greifens, der Wahrnehmung, des Erkundens, Beginn der Sprachbildung, soziale Responsivität und Bindung	Behutsame Pflegeroutine, sensitive und kooperative Interaktion, Erreichbarkeit und Bereitschaft zu antworten, Zuwendung, emotionale Unterstützung, Sprechen mit dem Kind, kindgerechte Sprechweise
Kleinkind- und Vorschulalter	Verfeinerung der motorischen Funktionen, Laufen lernen, Denkentwicklung, Sprachentwicklung, Spielentwicklung und Spielen, Sozialentwicklung, Entwicklung der sozialen Beziehungen, Selbstkontrolle und Selbststeuerung	Unterstützung des Kindes in den genannten Entwicklungsaufgaben wie Sprechen, Spielen mit dem Kind, Balance zwischen permissivem und kontrollierendem Erziehungsstil, Grenzen setzen, Förderung der autonomen Entwicklung
Grundschulalter	Schulfertigkeiten wie Lesen, Schreiben, Rechnen erlernen, Schulregeln, Umgang mit Gleichaltrigen, Spiel in Gruppen, Erfüllung einfacher Verpflichtungen, Interessenbildung	Schulische Förderung, z. B. Hausaufgaben mit dem Kind machen, Teilnahme an Elternabenden, Stärkung des Selbstwertgefühls durch positive Kommentare
Mittlere Kindheit	Soziale Kooperation, Entwicklung Selbstbewusstsein (fleißig, tüchtig), Entwicklung von Autonomie, Erwerb weiterer Kulturtechniken (Verfeinerung Lesen, Schreiben etc.), Interessenbildung und Einschätzung der eigenen Fähigkeiten, Spielen und Arbeiten im Team, Beginn des Ablöseprozess vom Elternhaus	Unterstützung im Kompetenzerwerb, in der Selbständigkeit und Autonomieentwicklung
Jugendalter, Adoleszenz	Aufbau eines Freundeskreises, Erreichen neuer und reiferer Beziehungen zu Peers beider Geschlechter, Aufnahme intimer Beziehungen, körperliche Reifung und Akzeptieren der körperlichen Veränderungen, Ablösung vom Elternhaus, Ausbildung und Beruf, Berufswahl, Anstreben und Erreichen von sozial verantwortlichen Verhalten, Entwicklung von eigenen Weltanschauungen und Werten, von einer Zukunftsperspektive, Übernahme von Verantwortung	Unterstützung z. B. in der Berufswahl, Förderung der Autonomieentwicklung und Unterstützung in der Ablösung vom Elternhaus, Ansprechperson bei diversen Fragen, z. B. in der Auseinandersetzung mit der körperlichen Reifung

Anhang 2

Personale und soziale Resilienzfaktoren (vgl. Wustmann 2004, S. 115f)

Personale Ressourcen

Kindbezogene Faktoren

- Positive Temperamenteigenschaften, die soziale Unterstützung und Aufmerksamkeit bei den Betreuungspersonen hervorrufen (flexibel, aktiv, offen)
- Intellektuelle Fähigkeiten
- Erstgeborenes Kind
- Weibliches Geschlecht (in der Kindheit)

Resilienzfaktoren

- Problemlösefähigkeit
 - Selbstwirksamkeitsüberzeugung
 - Positives Selbstkonzept/Selbstvertrauen/hohes Selbstwertgefühl
 - Fähigkeiten zur Selbstregulation
 - Internale Kontrollüberzeugung
 - Realistischer Attribuierungsstil
 - Hohe Sozialkompetenz: Empathie/Kooperations- und Kontaktfähigkeit
 - Aktives und flexibles Bewältigungsverhalten
 - Sicheres Bindungsverhalten (Explorationslust)
 - Lernbegeisterung/schulisches Engagement
 - Talente, Interessen und Hobbys
 - Körperliche Gesundheitsressourcen
-

Soziale Ressourcen

Innerhalb der Familie

- Mindestens eine stabile Bezugsperson, die Vertrauen und Autonomie fördert
- Autoritativer/demokratischer Erziehungsstil (emotional positives, unterstützendes und strukturiertes Erziehungsverhalten, Feinfühligkeit und Responsivität)
- Zusammenhalt, Stabilität und konstruktive Kommunikation in der Familie
- Enge Geschwisterbindung
- Altersgemessene Verpflichtung des Kindes im Haushalt
- Hohes Bildungsniveau der Eltern
- Harmonische Paarbeziehung der Eltern
- Unterstützendes, familiäres Netzwerk (Verwandtschaft, Freunde, Nachbarn)
- Hoher sozialökonomischer Status

In den Bildungsinstitutionen

- Klare, transparente und konsistente Regeln und Strukturen
- Wertschätzendes Klima (Wärme, Respekt und Akzeptanz gegenüber dem Kind)
- Hoher, aber angemessener Leistungsstandard
- Positive Verstärkung der Leistung und Anstrengungsbereitschaft des Kindes
- Positive Peerkontakte/positive Freundschaftsbeziehungen
- Zusammenarbeit mit Elternhaus und anderen sozialen Institutionen

Im weiteren sozialen Umfeld

- Kompetente und fürsorgliche Erwachsene außerhalb der Familie, die Vertrauen fördern, Sicherheit vermitteln und als positive Rollenmodelle dienen
 - Ressourcen auf kommunaler Ebene (Angebote der Familienbildung, Beratungsstellen, Frühförderstellen, Gemeindeförderung etc.)
 - Gute Arbeits- und Beschäftigungsmöglichkeiten
 - Vorhandensein prosozialer Rollenmodelle, Normen/Werte in der Gesellschaft
-

Anhang 3

Fragenkatalog zur diagnostischen Erfassung der familiären Lebenssituation (vgl. Lenz 2014a, S. 218ff)

Art der elterlichen Erkrankung und Verlauf der elterlichen Erkrankung

- Ist die Mutter psychisch krank? Ist der Vater psychisch krank? Sind beide Eltern psychisch krank?
- Handelt es sich um eine akute Krankheitsphase? Wie lange dauert diese Phase an?
- Ist die Erkrankung in der Vergangenheit schon einmal aufgetreten? Gab es bereits mehrere Krankheitsphasen? Wie lange liegt die letzte akute Phase zurück?
- Liegen komorbide Störungen (z. B. Alkoholmissbrauch, Suizidalität) vor?

Materielle Ressourcen der Familie

- Welche Möglichkeiten/Einschränkungen bietet das Einkommen der Familie?
- Wie sieht die Arbeitssituation der Eltern aus?
- Wie sind die Wohnverhältnisse der Familie? Wie kindgerecht ist das Wohnumfeld der Familie?

Krankheitsbewältigung

- Welche Einstellung hat der erkrankte Elternteil zur Erkrankung?
- Hat die Familie einen Zugang zu professionellen Hilfemöglichkeiten?
- Wie gut ist die Zusammenarbeit mit psychosozialen Diensten sowie psychiatrischen und psychotherapeutischen Fachkräften und Einrichtungen?
- Wird Hilfe von professionellen Helfern akzeptiert?
- Ist die Krankheit Thema in der Familie? Wird mit den Kindern über die Krankheit offen gesprochen? Gibt es Anzeichen für Tabuisierung?
- Welches Wissen und welche Vorstellungen besitzen die Kinder über die Erkrankung?

Familiäre Grenzen und Beziehungsmuster

- Können angemessene Nähe und Distanz hergestellt und aufrechterhalten werden?
- Werden individuelle und interpersonelle Grenzen respektiert?
- Nehmen Eltern und Kinder ihre Rollen ein oder besteht eine Rollenumkehr?
- Wie ist die Rollenaufteilung in der Familie? Gibt es besondere Rollen?
- Sind Generationsgrenzen klar definiert? Gibt es Anzeichen für Parentifizierungsprozesse in den familiären Beziehungen?
- Gibt es heimliche Koalitionen bzw. offene oder verdeckte Teams in der Familie?

Emotionaler Ausdruck und Bindungsverhalten

- Wie ist der Umgang mit Gefühlen in der Familie?
- Wie ist die Stimmungslage in der Familie? Wie ist das Grundgefühl der Familie?
- Wie wird auf die Signale, Bedürfnisse oder Probleme der Kinder eingegangen? Fühlen sich die Kinder verstanden?
- Welche kommunikative Strategien nutzen das Kind und seine Eltern, um Kontakt herzustellen?
- Wie reagiert das Kind emotional auf Trennungssituationen?

Umgang mit Belastungen und Konflikten

- Wie gehen die Eltern mit Belastungen und Konflikten um? Über welche Bewältigungsstrategien und Problemlösefertigkeiten verfügen sie?
- Verfügen die Eltern über ein Vertrauen in ihre eigenen Kompetenzen, Belastungen und Konflikte zu bewältigen oder überwiegt das Erleben von Hilflosigkeit, Überforderung und Ängstlichkeit?
- Neigen die Eltern zu Impulsivität und geringer Frustrationstoleranz?
- Gibt es schwelende Dauerkonflikte in der Familie, z. B. ausgelöst durch Eheprobleme, finanzielle Probleme oder beengte Wohnverhältnisse? Gibt es Hinweise für Partnerschaftsgewalt? Berichten Eltern über eigene Gewalterfahrungen in der Kindheit?

Familienstruktur

- Wie sind der Zusammenhalt und die emotionale Verbindung in der Familie?
- Wie kann sich die Familie situativen und entwicklungsbedingten Belastungen anpassen?
- Sind die Abläufe im familiären Alltag gut organisiert und flexibel, chaotisch oder rigide?

Erziehungsverhalten

- Wie kompetent ist das Erziehungsverhalten der Eltern?
- Wie feinfühlig – entwicklungs- und altersangemessen – reagieren die Eltern auf die Äußerungen und Bedürfnisse der Kinder?
- Wie wirken die Eltern in der Erziehung zusammen oder ziehen sie in unterschiedliche Richtungen? Gibt es Eskalationsschleifen zwischen den Eltern?
- Äußern die Eltern altersunangemessene Erwartungen bezüglich Fähigkeiten und Selbständigkeit des Kindes?
- Werden körperliche Strafen oder andere massive Formen der Bestrafung gerechtfertigt bzw. bagatellisiert?

Soziales Netzwerk der Familie

- Welche Unterstützungsmöglichkeiten hat die Familie? Gibt es ein unterstützendes, verlässliches Netzwerk an Verwandten, Freunden und anderen Personen?
- Wer weiß von der elterlichen Erkrankung?
- Welche Erfahrungen hat die Familie bei der Suche nach Unterstützung gemacht?
- Wie groß ist die Bereitschaft auf Personen aus dem sozialen Netzwerk zuzugehen?
- Wird Hilfe von außen akzeptiert?

Soziales Netzwerk der Kinder

- Besitzt das Kind eine tragfähige, verlässliche Beziehung zu einer erwachsenen Person außerhalb der Familie?
- Gibt es Konflikte zwischen der außerfamiliären Bezugsperson und dem erkrankten und/oder gesunden Elternteil?
- Verfügt das Kind über regelmäßige Kontakte zu Schulkameraden und Peers?
- Inwieweit ist das Kind in Gruppen, Vereine und Freizeitaktivitäten integriert?
- Kann das Kind Unterstützungsleistung aus dem sozialen Umfeld mobilisieren?
- Welche Erfahrungen hat das Kind im Netzwerk bei der Suche nach Unterstützung gemacht?
- Wie groß ist die Bereitschaft des Kindes auf andere Personen zuzugehen und seine Probleme, Nöte und Sorgen zu offenbaren?

Tabelle 4: Fragen zur Ressourcenexploration (vgl. Lenz 2014a, S. 230)

Fragen zur Ressourcenexploration an das Kind

- Was kannst du besonders gut? Welche Stärken und Fähigkeiten hast du?
- Welche Interessen und Hobbies hast du?
- Was mögen wohl deine Eltern, Großeltern, Geschwister, Freunde und Lehrer an dir?
- Welche Menschen sind dir am liebsten?
- Was schätzt du besonders an deinen Eltern und deinem Zuhause?
- An wen kannst du dich wenden, wenn du Fragen, Sorgen oder Nöte hast?

Fragen zur Ressourcenexploration an die Eltern

- Was kann Ihr Kind besonders gut? Welche Stärken und Fähigkeiten hat es?
- Welche Interessen und Hobbies hat ihr Kind?
- Was mögen Sie an ihrem Kind?
- Was mögen andere Personen (z. B. Großeltern, Freunde, Lehrer) an Ihrem Kind?
- Mit wem trifft sich Ihr Kind gerne?
- An wen wendet es sich, wenn es Fragen, Sorgen oder Nöte hat?
- Wer weiß alles von den Problemen? An wen können Sie sich wenden?
- Was schätzt Ihr Kind an Ihnen und an dem Zuhause besonders?

Anhang 4

Screeningbogen zur Erfassung der kindlichen Versorgung und protektiven Faktoren außerhalb der Familie (vgl. UNI SIEGEN o. J.)

Zentrum für Planung und Evaluation Sozialer Dienste (ZPE) der Universität Siegen

Adolf-Reichwein-Str. 2, 57068 Siegen ☎ 0271/740-2228 ✉ frindt@zpe.uni-siegen.de



Diakonisches Werk der Lippischen Landeskirche e. V.
Sozialpädagogische Familienhilfe

	Ja	Eher Ja	Eher Nein	Nein	Dritte ¹	+	-
1. Physiologische Bedürfnisse							
<u>Schlaf</u> (ruhiger Raum, eigenes Bett)							
<u>Ernährung</u> - ausgewogen - mind. 1 warme Mahlzeit - mind. 3 Mahlzeiten/Tag							
<u>Kleidung</u> (witterungsentsprechend, passend)							
<u>Körperliche Zuwendung</u> (Zärtlichkeit)							
<u>Wohnraum</u> (Rückzugsmöglichkeit, Spiel, Hausaufgaben)							
<u>Pflege und Hygiene</u>							
<u>Ordnung</u> (Wohnraum, Haushalt)							
2. Schutz und Sicherheit							
<u>Gesundheitsfürsorge</u> - U-Untersuchung - Arztbesuche - Medikamentengabe - Wahrnehmen von Therapie							
<u>Schutz vor Gefahren im Haushalt</u> (Putzmittel, Elektroherd, Steckdosen, Fenster)							
<u>Schutz im Straßenverkehr</u>							
<u>Schutz vor Gewalt</u> (körperliche Unversehrtheit) - zu Hause - außerhalb							
<u>Schutz vor Missbrauch</u>							
<u>Aufsicht</u> - Alleinlassen (max. Std ?) - Aufsicht durch Geschwister o. ä. - andere Aufsichtspersonen							

3. Verständnis und soziale Bindung/ seelische/körperliche Wertschätzung							
<u>Respekt</u> (zuhören, ausreden lassen)							
<u>Emotionale Zuwendung</u> - Wahrnehmung der Befindlichkeit - Feinfühligkeit für Gefühle/Wünsche der Kinder							
<u>Wertschätzung/Ermutigung/Loben</u>							
<u>Verlässlichkeit</u> (konstantes Erziehungsverhalten)							
<u>Modell Vorbild Eltern</u> - Umgang mit Konflikten - Vereinbarungen, Regeln einhalten							
<u>Organisation des Alltags</u>							
4. Anregung zu Spiel und Leistung							
<u>Bildung ermöglichen</u> - regelmäßiger Kindergartenbesuch - regelmäßiger Schulbesuch - Materialien zur Verfügung stellen - Hausaufgabenhilfe							
<u>Zeit und Raum für Spiel</u> - gemeinsame Beschäftigung - altersgemäßes Spielzeug							
<u>Außenkontakte</u> - Freundschaften ermöglichen - „Draußen“-Spiel - Kontakt zu Gleichaltrigen - Kontakt zu anderen Erwachsenen							
<u>Fähigkeiten erkennen und fördern</u>							
<u>Anleitung im Alltag</u>							
5. Selbstverwirklichung							
<u>Selbstständigkeit fördern</u>							
<u>Loslassen können</u>							

Da es sich um keine vollständige und abschließende List handelt, können jederzeit Ergänzungen in den Leerzeilen vorgenommen werden.

¹ Sind Dritte schon beteiligt? Wenn ja, wer? Welche Rolle haben Dritte? Üben Sie positiven oder negativen Einfluss aus?

Anhang 5

Ressourcenfördernde Übung für Kinder (vgl. Görlitz 2009, S. 85f)

Übung „Was ich alles kann“ (für Kinder ab ca. 6 Jahre)

Diese Übung erzeugt angenehme Gefühle, stärkt das Selbstbewusstsein und hilft dem Kind, sich mit den vielen positiven Seiten seiner Persönlichkeit zu beschäftigen. Der Therapeut bestätigt und verstärkt die positiven Anteile, alle Stärken, Fähigkeiten und Ressourcen des Kindes und lenkt somit auch seine eigenen Aufmerksamkeit auf die vorhandenen positiven Anteile und weg von der Problemfixierung. Gleichzeitig können die Ressourcen des Kindes und der Familie auch zur Problemüberwindung genutzt werden.

1. Ziele der Übung

- Mobilisierung von Fähigkeiten, Ressourcen und Energien
- Aufbau von Selbstsicherheit und Selbstwirksamkeit
- Kraft tanken durch Ruhe und Blick auf das Positive
- Mobilisierung des Selbsthilfepotenzials

2. Dauer

Stärken sammeln: ca. 25 Minuten, Geschichte schreiben: ca. 20 Minuten

3. Durchführung und Instruktion

Zunächst sammelt der Therapeut gemeinsam mit dem Patienten alle Stärken, Fähigkeiten, Ressourcen, positive Eigenschaften, Interessen und Hobbys. Anschließend wird die Geschichte „Was ich alles kann“ geschrieben und dann dies alles auf ein großes Plakat geklebt. Die Übung kann auf mehrere Sitzungen verteilt werden.

Wörtliche Instruktion

Ich bin sicher, dass du, ebenso wie viele andere Kinder, eine ganze Menge kannst. Mit deinem Können, deine Fähigkeiten, mit allem, was dir Spaß und Freude macht, deinen guten Eigenschaften und deinen Interessen und Hobbys werden wir uns heute beschäftigen. Anschließend schreiben wir eine kleine Geschichte, nur für dich mit der Überschrift „Was ich alles kann“

- Hier hast du rote Pappkreise für alle deine Fähigkeiten und Talente, die du besitzt, für alles was du gut kannst.
- Nun malen wir auf diese grünen Kreise alles, was dir Freude und Spaß bereitet.
- Die gelben Pappkreise sind für deine guten Eigenschaften.
- Auf die blauen Kreise schreiben wir deine Interessen und Hobbys.
- Alles, was dir sonst noch äußerlich oder innerlich an dir gefällt, kommt auf diese orangen Kreise.

Nun kleben wir diese bunten Pappkreise auf ein großes Plakat und stellen ein persönliches Poster für dich her. Wir sehen es uns zusammen genau an, und währenddessen können wir die persönliche Geschichte über dich aufschreiben.

Sie kommt auch auf das Plakat, das du dann zu Hause aufhängen kannst, damit du es immer betrachten kannst. Sicherlich fällt dir oder deinen Eltern noch irgendetwas Positives über dich ein, das kannst du dann auf den leeren bunten Pappkreis, die ich dir mitgebe, ergänzen. Sehr schön fände ich es auch, wenn du noch ein paar Fotos von dir, auf denen du dir gut gefälltst, ergänzt.

Anhang 7

Materialliste für eine kindgerechte Psychoedukation

Kinder Psychosen erklären		
Trostmann, Kerstin Jahn, Rolf	Darstellung wie eine Familie mit der Psychose des Vaters umgehen kann, viel Platz zum Malen, damit jedes Kind seine eigene Geschichte erzählen kann	Kids in Balance ab 5 Jahren
Der beste Vater der Welt		
Stratenwerth, Irene Bock, Thomas	Humorvolles Großstadtmärchen, dass für Kinder schizophrene Erkrankungen greifbar macht	Balance Buch ab 9 Jahren
Die Bettelkönigin		
Von Mosch, Erdmute	Ein Depressions-Monster, das Gefühle klaut, ja gibt's denn so was? Ein Buch das Kindern Depressionen erklärt	Kids in Balance ab 3 Jahren
Mamas Monster		
Homeier, Schirin	Die Geschichte der 9-jährigen Mona, deren Mutter an Depression leidet Illustriertes Kinderfachbuch	Mabus Verlag ab 6 Jahre
Sonnige Traurigtage		
Eggermann, Vera Janggen, Lina	Vater Fuchs ist manisch-depressiv, Mutter Fuchs hält zu Fufu und unterstützt ihn. Bilderbuch zur Erklärung der Krankheit	AstraZeneca AG ab 6 Jahren
Fufu und der grüne Mantel		
Minne, Brigitte	Tochter mit manisch-depressiver Mutter, die auch ihren jüngeren Bruder versorgt, aber deren Vater noch im Haushalt lebt	Ravensburger Verlag ab 8 Jahren
Eichhörnchenzeit oder Der Zoo in Mamas Kopf		
Gwyneth, Rees	Sohn mit manisch-depressiver Mutter, die manischen Schub bekommt, als der Vater verreist ist	Ravensburger Verlag
Erde an Pluto oder als Mum abhob		
Welsh, Renate	11jährige Tochter mit depressiver Mutter	Hanser München ab 10 Jahren
Disteltage		
Boie, Kirsten	9jährige Tochter mit depressiver Mutter, die nach einem Suizidversuch in eine Klinik eingewiesen wird	Arena-Taschenbuch ab 10 Jahren
Mit Kinder redet ja keiner		
Mannsdorff Peter	12jähriger Sohn mit manisch-depressiven Vater, der Robbie alleine groß zieht, da Robbies Mutter bereits gestorben ist	Shift Verlag
Robbi und sein ungezügelter Vater		
Kinder Borderline-Störungen erklären		
Tilly, Christine Offermann, Anja	„Bei deiner Mama wirbeln ganz viele Gedanken und Gefühle durcheinander. Wie bei einer Waschmaschine“, erklärt die Ärztin Mia die Situation und sagt auch was Mia tun kann, damit es ihr bald besser geht	Balance Buch ab 5 Jahren
Mama, Mia und das Schleuderprogramm		

Anhang 8

Innerfamiliäre Gesprächsregeln für eine erfolgreiche Kommunikation (vgl. Lenz 2010, S. 132)

Gesprächsregeln
<p>Kommunikationsregeln für den Sprecher:</p> <ul style="list-style-type: none">• Ich-Gebrauch Richtig: von den eigenen Gefühlen und Wünschen sprechen Nicht: Du bist faul, schlampig etc. Du-Botschaften arten leicht in Vorwürfe und Anklagen aus• Gefühle direkt benennen Richtig: sich öffnen (Wünsche, Gefühle benennen) Nicht: Vorwürfe, Anklagen• Konkrete Situation ansprechen Richtig: Verallgemeinerungen vermeiden, da sie Widerspruch beim anderen hervorrufen Nicht: „nie“, „immer“ etc.• Konkretes Verhalten ansprechen Richtig: Beschreibung von konkretem Verhalten in konkreten Situationen verhindert das Zuschreiben von negativen Eigenschaften Nicht: „typisch“, „immer“, „faul“, „unfähig“ etc.• Beim Thema bleiben Richtig: Vom „Hier“ und „Jetzt“ sprechen, dies verhindert ein Ableiten des Gesprächs auf vergangene Ereignisse. Nicht: damals..., wie z. B. „Und du, wie du damals mit unserem Ältesten umgegangen bist!“ <p>Kommunikationsregeln für den Zuhörer:</p> <ul style="list-style-type: none">• Aufnehmendes Zuhören Richtig: Dem anderen nonverbal signalisieren, dass man zuhört („Hm“, „Aha“, Nicken); Blickkontakt halten und sich zuwenden• Paraphrasieren Richtig: Die Äußerungen des anderen möglichst in eigenen Worten zurückmelden, um deutlich zu machen, dass man ihn verstanden hat.• Offene Fragen stellen Richtig: Äußert der Sprecher seine Gefühle oder Wünsche nur indirekt, soll nachgefragt werden• Positive Rückmeldung Richtig: „Das hat mir gefallen“, „Das hast du gut gemacht“• Rückmeldung eigener Gefühle Richtig: „Das ärgert mich jetzt!“

Anhang 9

Elterliche Übungen für konstruktiver Kommunikationsprozesse (vgl. Görlitz 2012, S. 140f)

1. Informationen für Eltern: Richtig loben

Mit Lobäußerungen können Sie Ihrem Kind/Ihrer Familie immer eine Freude machen. Positives uneingeschränktes Loben verbessert Beziehungen und das Familienklima. Wenn es Ihnen gelingt, sich an die folgenden Regeln zu halten, wird Ihr Lob Freude in den Alltag bringen.

Regeln für Lob-Äußerungen:

- **konkret** (genau beschreiben, kein allgemeines Lob)
- **keine Einschränkung** (ganz, ziemlich, fast)
- **keine negativen Nachsätze** (ist ja ganz schön, aber ...)
- **eindeutiges Lob** (kein falscher Unterton)

5 Beispiele

1. Du hast die Hausaufgaben sehr schnell erledigt.
2. Diese Geschichte hast du mir sehr lebendig erzählt.
3. Ich bin stolz auf dich, wie du Basketball spielen kannst
4. Es macht mir großen Spaß, mit dir zu spielen.
5. Ich höre dir so gerne beim Singen zu.

Eigene Lob-Äußerungen:

.....

.....

.....

2. Kritik in Wünsche und Lösungen verwandeln

Versuchen Sie stets, bevor Sie spontan kritisieren und Gefahr laufen, verletzend oder abwertend zu werden, Ihre Kritik in einen Wunsch oder einen Lösungsvorschlag umzuformulieren.

Sehen Sie sich zunächst die Beispiele an und tragen Sie dann Ihre eigenen häufigsten Kritikäußerungen ein, um sie anschließend in Wünsche oder Lösungen zu verwandeln.

Verletzende Kritik	Wunsch/Lösungsvorschlag
Du bist schlampig!	Bitte räume dein Zimmer bis heute Abend auf.
Du bist stinkfaul!	Ich möchte mit dir gerne regelmäßig Lernzeiten vereinbaren!
Nie folgst du!	Ich bitte dich eindringlich, die Spülmaschine auszuräumen bevor du gehst.
Dauernd störst du!	Kannst du mich bitte die Arbeit ungestört zu Ende machen lassen, anschließend habe ich Zeit für dich.
Immer musst du herumzappeln!	Wenn du das Bedürfnis nach Bewegung hast, dann tob dich draußen aus.

Eigenständigkeitserklärung

Hiermit versichere ich, dass ich die vorliegende Bachelorarbeit selbständig verfasst habe. Ich versichere, dass ich keine anderen als die angegebenen Quellen benutzt und alle wörtlich oder sinngemäß aus anderen Werken übernommenen Aussagen als solche gekennzeichnet habe, und dass die eingereichte Arbeit weder vollständig noch in wesentlichen Teilen Gegenstand eines anderen Prüfungsverfahrens gewesen ist.

Ort, Datum

Unterschrift