

Fachhochschule Nordwestschweiz
Hochschule für Soziale Arbeit HSA
Bachelorstudium in Sozialer Arbeit
Olten

Resilienzförderung von Kindern mit einer an einer affektiven Störung erkrankten Mutter

Die Möglichkeiten der Sozialpädagogischen Familienbegleitung



Bachelor-Thesis
Ilenia Mecaroni

Eingereicht bei:
Dr. Brigitte Müller
im Juni 2020 zum Erwerb des Bachelor of Arts in Sozialer Arbeit

Abstract

Die vorliegende Bachelor-Thesis beschäftigt sich mit dem Thema der Resilienzförderung von Kindern mit psychisch erkrankten Müttern. Dabei wird die affektive Störung als psychische Erkrankung fokussiert. Die Bachelor-Thesis hat zum Ziel aufzuzeigen, wie die Kinder in ihrer Resilienz gestärkt werden können und das Aufwachsen in der Familie mit einer adäquaten Unterstützung möglich sein kann.

Die Themen werden anhand folgender Hauptfragestellung bearbeitet:

„Wie kann die Resilienz von Kindern mit einer an einer affektiven Störung erkrankten Mutter in der Sozialpädagogischen Familienbegleitung gefördert werden?“

Nachdem die psychische Erkrankung „Affektive Störung“ mithilfe vom Klassifikationssystem ICD-10 definiert wurde, konnten anhand der Perspektive der Kinder einen Einblick in ihre subjektiven Belastungen geschaffen werden. Es gibt dennoch Kinder, welche sich trotz Risiken und Belastungen gut entwickeln. Um diese Erkenntnis zu erklären, wurden das Thema der Resilienz und deren Förderung herbeigezogen. Zuletzt wurde das Angebot der Sozialpädagogischen Familienbegleitung dargelegt und in Bezug auf die Möglichkeiten der Resilienzförderung beleuchtet. Anhand der Ergebnisse wird ersichtlich, dass eine spezifische Resilienzförderung von Kindern mit einer an einer affektiven Störung erkrankten Mutter in der Sozialpädagogischen Familienbegleitung noch nicht verbreitet ist. Es kristallisiert sich heraus, dass nur eine bedingte methodische Umsetzung in der Praxis erkennbar ist und daher eine Erweiterung in der Praxis für betroffene Kinder unerlässlich ist.

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	1
1.1 Herleitung des Themas	1
1.2 Formulierung und Begründung der zentralen Fragestellung	3
1.3 Darstellung der Relevanz der Sozialen Arbeit	4
1.4 Überblick über den Arbeitsaufbau	5
2. Affektive Störungen	6
2.1 Definition	6
2.1.1 Depression	7
2.1.2 Bipolare affektive Störung	9
2.2 Interaktionsverhalten der affektiv erkrankten Mütter	10
2.3 Erkrankungsrisiko der betroffenen Kinder	11
3. Perspektive der Kinder psychisch kranker Eltern	13
3.1 Wissen über die Erkrankung	13
3.2 Elterliche Erkrankung	14
3.3 Emotionen der Kinder	15
3.4 Kommunikation, Tabuisierung und Rückzug	15
3.5 Fehlende soziale Unterstützung und familiärer Alltag	16
4. Resilienz und Resilienzförderung	18
4.1 Definition	18
4.1.1 Merkmale der Resilienz	20
4.2 Konzepte der Resilienzforschung	22
4.2.1 Risikofaktorenkonzept	22
4.2.2 Schutzfaktorenkonzept	24
4.2.3 Resilienzfaktoren	26
4.3 Resilienzförderung	29
4.4 Resilienzförderung von Kindern mit einer an einer affektiven Störung erkrankten Mutter	33
5. Ambulante Hilfe zur Erziehung	35
5.1 Begriffsdefinition	35
5.1.1 Auftrag und Zielsetzung der ambulanten Hilfe zur Erziehung	36
5.2 Sozialpädagogische Familienbegleitung	37
5.2.1 Arbeits- und Handlungsprinzipien	38
5.3 Resilienzförderung in der Sozialpädagogischen Familienbegleitung	39

6. Schlussfolgerung	41
6.1 Zusammenfassung der Ergebnisse und Beantwortung der Fragestellung	41
6.2 Kritische Reflexion und Ausblick	48
7. Literaturverzeichnis	51
8. Abbildungsverzeichnis	56
Ehrenwörtliche Erklärung	57

1. Einleitung

Zunächst wird das Thema der Arbeit «Resilienzförderung von Kindern mit einer an einer affektiven Störung erkrankten Mutter» hergeleitet und die dazugehörige zentrale Fragestellung erläutert. Folgend wird die Relevanz der Sozialen Arbeit näher beleuchtet und abschliessend ein Überblick über den Arbeitsaufbau dieser Bachelor-Thesis dargelegt.

1.1 Herleitung des Themas

Die Verfasserin der vorliegenden Arbeit konnte bereits lehrreiche Praxiserfahrungen in einer kinderpsychiatrischen Therapiestation sowie in einer sozialpsychiatrischen Institution für Menschen mit einer psychischen Erkrankung sammeln. Die Begegnungen mit den oftmals psychisch labilen Eltern der hospitalisierten Kinder, speziell deren Verhaltensweisen sowie die Begleitung und Betreuung von psychisch erkrankten Menschen, unterstrichen das Interesse, psychische Erkrankungen bei Eltern und deren Einfluss auf ihre Kinder, in die Bachelor-Thesis einfließen zu lassen.

Psychische Erkrankungen kommen in der Gesamtbevölkerung nicht selten vor (vgl. Lenz/Brockmann 2013: 13). Die affektiven Störungen gehören zu den häufigsten psychischen Störungen (vgl. Banger 2001: 34). Depression und Bipolare affektive Störungen gehören zu den wohl bekanntesten affektiven Störungen und werden unter diesem Begriff zusammengefasst (vgl. Quitkin/Endicott/Wittchen 1998: 119). Diese Arten von psychischer Erkrankung beinhalten auffällige Veränderungen in der Stimmung oder der Affektivität. Die Symptome können von einer Depression bis zur gehobenen Stimmung reichen (vgl. DIMDI 2017: 190). Auf der Basis von Schweizer Datenquellen hält das Schweizerische Gesundheitsobservatorium in einem Bericht fest, dass das Risiko mindestens einmal in seinem Leben an einer affektiven Störung zu erkranken ca. 20% beträgt (vgl. Baer et. al 2013: 10). Zudem wurde festgestellt, dass affektive Störungen in den Elternschaften am meisten vorkommen. Plass und Wiegand-Grefe (2012: 18) erarbeiteten in Deutschland anhand einer Studie die Prävalenzrate von Eltern mit psychischen Erkrankungen. Die höchste Elternschaftsrate mit ca. 70% erwiesen Betroffene einer affektiven Störung. Darunter waren 42% Mütter und 28% Väter betroffen (vgl. ebd.: 19). Diese Erkenntnis ist die erste Begründung, weshalb in der vorliegenden Arbeit insbesondere die Frauen bzw. Mütter fokussiert werden. Dennoch gibt es weitere Gründe, weshalb eine solche Eingrenzung vorgenommen wird. Die Frau bzw. die Mutter spielt in der Familie eine wesentliche Rolle. Den Müttern werden die Aufgaben des emotionalen und organisatorischen Haushalts sowie

der Kinderbetreuung zugeschrieben (vgl. Gutmann 2017: 9). Kann die Mutter ihre Rolle nicht mehr richtig ausführen, leiden auch die Kinder darunter (vgl. ebd.). Hierbei ergeben sich Belastungen in der Mutter-Kind-Interaktion, der emotionalen Verfügbarkeit sowie in der Erziehungsfähigkeit der Mütter (vgl. Müller 2008: 141). Weitere Schwierigkeiten, welche sich aufgrund der Erkrankung ergeben, werden im Kapitel 2.3 näher beleuchtet. Des Weiteren übernehmen Väter mit einer psychischen Erkrankung seltener die Rolle der Haupterziehungsperson (vgl. Gutmann 2017: 11). In Familien, in denen der Vater psychisch erkrankt ist, übernimmt die Mutter die Erziehungsverantwortung und ist als stabilisierender Faktor präsent (vgl. ebd.). Aufgrund der einhergehenden Argumentationen wird die Eingrenzung bezüglich der psychischen Erkrankung affektive Störung und die Perspektive der Mütter vorgenommen.

Es ist erwiesen, dass eine psychische Erkrankung auch als eine Familienerkrankung bezeichnet werden kann. Erkrankt ein Familienmitglied, hat dies Auswirkungen auf das ganze Familiensystem, seine innerfamiliären sozialen Beziehungen und die Lebenssituation der einzelnen Familienmitglieder (vgl. Schone/Wagenblaus 2002: 11). Insbesondere auch für Kinder, welche für eine lange Zeit als die «vergessenen Angehörigen» galten (vgl. Gutmann 2017: 12). In der Schweiz sind laut vorsichtigen Schätzungen ca. 20'000 – 50'000 Kinder davon betroffen (vgl. Albermann/Müller 2016: 1). In wissenschaftlichen Studien wurde erwiesen, dass die Kinder aufgrund der elterlichen Erkrankung, mit besonderen Belastungen und Beeinträchtigungen konfrontiert sind (vgl. Jungbauer 2016: 10). Die Kinder erfahren oftmals problematische Familiensituationen und damit einhergehend erhebliche psychosoziale Belastungen (vgl. Plass/Wiegand-Grefe 2012: 13). Hierbei haben die erlebten subjektiven Belastungen der Kinder eine wesentliche Bedeutung für das Wohlergehen der Kinder. Es wurden mehrere Interviewstudien mit Erwachsenen, die mit psychisch erkrankten Eltern aufwuchsen, geführt, in denen das subjektive Erleben analysiert wurde (vgl. Lenz/Wiegand-Grefe 2017: 4). Diese werden im Kapitel drei differenzierter erläutert. Zudem haben Kinder psychisch erkrankter Eltern, selbst ein erhöhtes Erkrankungsrisiko. Dies lässt sich einerseits durch genetische Faktoren, jedoch auch durch die grossen psychosozialen Belastungen, welche die Kinder erlebt haben, erklären (vgl. Mattejat/Wüthrich/Remschmidt 2000: 164).

Trotz den unterschiedlichen Beeinträchtigungen bzw. Risiken, welche die betroffenen Kinder erleben, darf nicht vergessen werden, dass nicht alle Kinder psychische Beeinträchtigungen oder weitere Verhaltensauffälligkeiten entwickeln (vgl. Lenz/Brockmann 2013: 10). Antworten, weshalb dies möglich ist, geben die Befunde aus der Resilienzforschung (vgl. Lenz/Wiegand-Grefe 2017: 35). Der Begriff der Resilienz und der Resilienzforschung, ist in der Fachwelt weit verbreitet (vgl. Zander 2011a: 9). Insbesondere, da sich die Perspektive von der Risikoforschung in Richtung Resilienz verschoben hat (vgl. Pretis/Dimova 2016: 70).

Dieser Perspektivenwechsel stellt einen starken Bezug zur Salutogenese von Antonovsky her. In diesem Konzept rückt die Frage, was den Menschen gesund erhält, ins Zentrum (vgl. Wustmann Seiler 2012: 26). Resilienz kann kurz gefasst als Fähigkeit verstanden werden, schwierige Lebenssituationen zu meistern, ohne daran Schaden zu nehmen (vgl. ebd.: 18). Diese Fähigkeit ist jedoch nicht angeboren, sondern muss zuerst gelernt, gefördert und gestärkt werden (vgl. Lenz/Brockmann 2013: 51). Da die psychische Erkrankung der Mütter und die damit einhergehend, höhere Belastung für die betroffenen Kinder Risikofaktoren für deren Entwicklung darstellen (vgl. Wustmann Seiler 2012: 38), ist es von besonderer Bedeutung, dass deren Resilienz gefördert werden kann. In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage, welche Schutz- und Resilienzfaktoren vorhanden sind und wie diese gezielt gefördert werden können. Denn durch die Existenz und die Förderung der Schutzfaktoren, kann den Risikofaktoren entgegengewirkt werden. Dies wiederum führt zur Senkung des Erkrankungsrisikos und zur Entwicklung von Resilienz (vgl. Lenz/Kuhn 2011: 273). Aufgrund der beschriebenen Argumentation ist das Thema Resilienz mit ihren Konzepten, speziell die Resilienzförderung, ein wichtiger Bestandteil dieser Bachelor-Thesis.

Viele betroffene Kinder leben mit ihrer psychisch erkrankten Mutter zusammen (vgl. Jungbauer 2016: 10). Forschungsergebnisse zeigten, dass das Zusammenleben mit ihren Kindern, für die betroffenen Mütter eine essentielle oder sogar existentielle Bedeutung hat. Zudem wird heute angestrebt, dass Kinder bei ihren Eltern aufwachsen können. Daher hat die Kinder und Jugendhilfe in den letzten Jahren die aufsuchende Familienarbeit verstärkt. Fremdplatzierungen sollen damit vermieden werden (vgl. Gutmann 2017: 16f.). Die aufsuchende Familienarbeit wird den Leistungen der ambulanten Hilfe zur Erziehung untergeordnet (vgl. Schnurr 2012: 82). Das Angebot der Sozialpädagogischen Familienbegleitung, welches in der Deutschschweiz am meisten verbreitet ist, zählt zu der aufsuchender Familienarbeit (vgl. Biesel/Fellmann/Ahmed 2015: 22). Sie leistet intensive Unterstützung im häuslichen Kontext der Familie, mit dem Ziel, familiäre Strukturen zu stabilisieren, Krisen und Konflikte zu überwinden und die Alltagsbewältigung der Familie zu fördern (vgl. ebd.: 27f.). Dies mit dem Ziel, einer Fremdunterbringung entgegenzuwirken (vgl. Schnurr 2012: 82). Die aufgeführten Darlegungen begründen, weshalb in der vorliegenden Bachelor-Thesis die Resilienzförderung der betroffenen Kinder, im Rahmen der Sozialpädagogischen Familienbegleitung im Fokus steht.

1.2 Formulierung und Begründung der zentralen Fragestellung

Aus den vorangegangenen Aspekten im Kapitel 1.1 kristallisiert sich folgende Hauptfragestellung heraus:

«Wie kann die Resilienz von Kindern mit einer an einer affektiven Störung erkrankten Mutter in der Sozialpädagogischen Familienbegleitung gefördert werden?»

Um die Hauptfragestellung beantworten zu können, wurden folgende Unterfragen formuliert:

- *Was wird unter einer Affektiven Störung verstanden und welche Auswirkungen hat sie in Bezug auf das Interaktionsverhalten der Mütter mit ihren Kindern?*
- *Welchen Einfluss hat die affektive Störung der Mutter auf das Erkrankungsrisiko der Kinder?*
- *Welche Belastungen erleben die Kinder aufgrund der mütterlichen Erkrankung?*
- *Was wird unter Resilienz verstanden und was beinhaltet das Resilienzkonzept?*
- *Wie kann die Resilienz gefördert werden?*
- *Welchen Auftrag und welches Ziel verfolgt die ambulante Hilfe zur Erziehung?*
- *Was bietet das Angebot der Sozialpädagogischen Familienbegleitung und wie kann die Resilienz gefördert werden?*

Ziel dieser Arbeit ist es zu darzulegen, wie die Perspektive der betroffenen Kinder aussieht, was unter Resilienz verstanden wird und wie Kinder, die von der mütterlichen psychischen Erkrankung betroffen sind, in einem ambulanten Angebot der Sozialen Arbeit unterstützt werden können. Nicht zuletzt soll mit dieser Arbeit die Wichtigkeit des Themas hervorgehoben und eine Sensibilisierung für den Alltag der Professionellen der Sozialen Arbeit geschaffen werden.

1.3 Darstellung der Relevanz der Sozialen Arbeit

Familien in denen Eltern von einer psychischen Erkrankung betroffen sind, werden mit hohen Belastungen und Anforderungen konfrontiert (vgl. Alle 2017: 112). Insbesondere bei Kindern psychisch kranker Eltern, besteht eine hohe Risikokonstellation, die eine hohe Komplexität der Problemstellung aufzeigt (vgl. Lenz/Wiegand-Grefe 2017: 1). Die Soziale Arbeit beschäftigt sich mit Problemen, die Lebenssituationen und die individuelle alltagsweltliche Lebenspraxis betreffen. Oftmals sind diese Problemstellungen sehr komplex und diffus (vgl. Hochuli-Freund/Stotz 2015: 47f.). Ein Ziel und gleichzeitig eine Verpflichtung der Sozialen Arbeit ist « (...) Menschen zu begleiten, zu betreuen oder zu schützen und ihre Entwicklung zu fördern, zu sichern oder zu stabilisieren» (Avenir Social 2010: 6). Die vorliegende Bachelor-Thesis verfolgt dieses Ziel, indem versucht wird darzulegen, wie durch die Förderung der Resilienz, die Kinder trotz den bestehenden Risikofaktoren, gestärkt werden und sich angemessen entwickeln können. Zudem ist es ein weiteres Ziel der Sozialen Arbeit « (...) soziale Notlagen von Menschen und Gruppen zu verhindern, zu beseitigen oder zu

lindern» (Avenir Social 2010: 6). Festzuhalten gilt, dass nicht alle Kinder, welche mit einer psychisch erkrankten Mutter aufwachsen, in ihrer Entwicklung gefährdet sind. Dennoch ist es aus Sicht der Verfasserin elementar, dass sich die Soziale Arbeit wie auch andere Professionen insbesondere dann, wenn die Mütter unter ihrer Erkrankung und deren Folgen leiden, mit den betroffenen Familien auseinandersetzen (vgl. Gutmann 2017: 9). Es wurde erwiesen, dass für die Entstehung der Resilienz, die soziale Unterstützung einen wesentlichen Beitrag leistet (vgl. Plass/Wiegand-Grefe 2012: 75). Folglich kann die Soziale Arbeit mit ihren Zielen und Verpflichtungen, dieser Aufgabe der sozialen Unterstützung nachgehen und die Kinder in ihrer Resilienzförderung unterstützen. Das Thema Resilienzförderung gewinnt zugleich in der Sozialen Arbeit immer mehr an Bedeutung. In der Sozialen Arbeit geht es nicht mehr nur darum, Kinder oder Familien aus benachteiligten Verhältnissen zu betreuen, sondern präventive Bedingungen schaffen, die zu einer gesunden Entwicklung beitragen (vgl. Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2019: 7f.).

Aufgrund der erlebten Praxiserfahrungen ist es der Verfasserin ein Anliegen, auf die Situation der Kinder aufmerksam zu machen. Zudem möchte sie auch aufzeigen, dass sich belastete Kinder mit der richtigen professionellen Unterstützung adäquat entwickeln können. Der Sozialen Arbeit schreibt sie dabei eine wichtige Rolle im Bearbeiten dieser Aufgabe zu.

1.4 Überblick über den Arbeitsaufbau

Um die Hauptfragestellung sowie die Unterfragen zu beantworten, muss zunächst eine vertiefte Auseinandersetzung mit den einzelnen Themen stattfinden. Das nachfolgende Kapitel beschäftigt sich mit dem Thema «affektive Störungen». Nach einer kurzen Begriffsdefinition wird auf zwei wesentliche Krankheitsbilder der Affektiven Störungen eingegangen. Darauf aufbauend wird aufgezeigt, wie der Umgang der erkrankten Mütter mit ihren Kindern sowie das Erkrankungsrisiko der betroffenen Kinder aussieht. In Kapitel 3 erfolgt eine vertiefte Auseinandersetzung mit den subjektiv erlebten Belastungen der Kinder. Im darauffolgenden Kapitel 4, wird das Thema Resilienz mit seinen Resilienzkonzepten erläutert und erklärt, wie die Resilienz gefördert werden kann. Das zweitletzte Kapitel bearbeitet das Praxisfeld der Sozialen Arbeit «ambulante Hilfe zur Erziehung». Dabei wird vorerst eine Begriffsdefinition vorgenommen und anschliessend der Auftrag und die Zielsetzung erläutert. Hierbei wird das Angebot der Sozialpädagogischen Familienbegleitung als mögliches Beispiel der ambulanten Hilfe zur Erziehung näher beleuchtet. Den Abschluss dieser Arbeit bildet eine Zusammenfassung der Erkenntnisse und der Beantwortung der Fragestellung, einer kritischen Reflexion und einem möglichen Ausblick.

2. Affektive Störungen

Dieses Kapitel widmet sich der Definition der psychischen Erkrankung affektive Störungen. Zunächst wird eine Begriffsdefinition der psychischen Erkrankung vorgenommen. Anschliessend werden die zwei untergeordneten Krankheitsbilder der affektiven Störungen „Depression“ und „Bipolare affektive Störung“ definiert. Daraufhin wird erörtert, wie die betroffenen Mütter mit ihren Kindern interagieren. Das abschliessende Unterkapitel zeigt auf, wie das Erkrankungsrisiko der Kinder von einer Affektiven Störung betroffenen Mutter aussieht.

2.1 Definition

Wie bereits in der Einleitung dargelegt, gehören die affektiven Störungen zu den meist verbreiteten psychischen Erkrankungen. Als Affektivität wird die Gesamtheit des Emotions- und Gemütslebens verstanden (vgl. Drong/Lachemann 2016: 39). Die Hauptsymptome der affektiven Störungen liegen in der Veränderung der Stimmung oder der Affektivität (vgl. DIMDI 2017: 190). In der Fachliteratur werden die affektiven Störungen prinzipiell in zwei grosse Kategorien unterteilt: Unipolare und Bipolare Störungen. Letztere wird durch das abwechselnde Vorkommen von depressiven und manischen Episoden charakterisiert (vgl. Volz/Wunn 2012: 24). Laut Quitkin, Endicott und Wittchen (1998: 119) handelt sich bei der unipolaren Störung ausschliesslich um eine depressive Art der Stimmungsstörung.

In Bezugnahme auf das Klassifikationssystem ICD-10¹ gehören folgende Krankheitsbilder zu den affektiven Störungen:

- Manische Episode
- Bipolare affektive Störung
- Depressive Episode
- Rezidivierende depressive Störung
- Anhaltende affektive Störung
- Andere affektive Störungen
- Nicht näher bezeichnete affektive Störungen (vgl. DIMDI 2017: 190-194).

Im nachfolgenden Kapitel werden einzelne Krankheitsbilder der affektiven Störungen näher erläutert. Aufgrund dessen, dass der Fokus dieser Arbeit auf «Depression» und «Bipolare affektive Störung» liegt, werden nur die «depressive Episode», «rezidivierende depressive

¹ ICD-10: International Classification of Diseases 10. Revision (vgl. Wittchen 2011: 37).

Störung», eine der «anhaltende affektive Störung» und die «bipolare affektive Störung» ausführlicher thematisiert.

2.1.1 Depression

Um die Verbreitung der Depression aufzuzeigen wird auf einen Bericht des Schweizerischen Gesundheitsobservatorium Bezug genommen. Laut dem Schweizerischen Gesundheitsobservatorium leiden innerhalb eines Jahres ca. 7% der Bevölkerung an einer unipolaren Depression. Die Lebenszeitprävalenz beträgt folglich ca. 16.6% und somit ist die unipolare Depression die häufigste psychische Erkrankung. Die Frauen sind im Vergleich zu den Männern fast doppelt so häufig betroffen. Die Lebenszeitprävalenz für die Erkrankung liegt für Frauen bei ca. 21% und bei den Männern bei 13% (vgl. Baer et al. 2013: 11).

In den Fachliteraturen wird der Begriff «Depression» oftmals als Überbegriff dieses Krankheitsbild verwendet. Allerdings hat dieses Krankheitsbild unterschiedliche Verlaufsmuster und Schweregrade. Alle Formen der Depression beeinträchtigen das Leben der Betroffenen (vgl. Quitkin/Endicott/Wittchen 1998: 121). Die Betroffenen leiden unter folgenden Hauptsymptomen «gedrückte Stimmung, Interessensverlust, Freudlosigkeit, Verminderung des Antriebs, erhöhter Ermüdbarkeit» (Dilling/Mombour/Schmidt 2014: 169).

Weitere häufige Symptome sind:

- «Verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit
- Vermindertem Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen
- Schuldgefühle und Gefühle der Wertlosigkeit (sogar bei leichten depressiven Episoden)
- Negative und pessimistische Zukunftsperspektive
- Suizidgedanken, erfolgte Selbstverletzung oder Suizidhandlungen
- Verminderter Appetit
- Schlafstörungen» (ebd.: 170).

Die Erkrankung kann auch somatische Symptome hervorrufen. In Bezugnahme auf das ICD-10 legen Volz und Wunn (2012: 24) folgendes somatisches Syndrom dar:

- Interessens- und Freudeverlust an gewöhnlich angenehmen Aktivitäten
- Früherwachen
- Morgentief
- psychomotorische Hemmungen
- Agitiertheit
- Appetitsverlust mit Gewichtsverlust
- Verlust der Libido

Es wird ersichtlich, dass es sich bei einer Depression nicht um eine extreme Traurigkeit handelt, sondern um eine Beeinträchtigung des gesamten Organismus. Die Symptome werden auf der emotionalen, motorischen, sozial- interaktiven, kognitiven, verhaltens- und physischen Ebene bemerkbar (vgl. Beesdo-Baum/Wittchen 2011:881). Die depressive Episode wird in unterschiedliche Schweregrade gegliedert, welche nun dargelegt werden.

Depressive Episode

Leichte Episode

Treten mindestens zwei drei oben aufgeführten Hauptsymptome und mindestens zwei der weiteren häufigen Symptome auf, wird von einer leichten Episode gesprochen (vgl. Dilling/Mombour/Schmidt 2014: 172). Die Betroffenen sind davon beeinträchtigt, können jedoch ihren Alltag meist dennoch bewältigen (vgl. DIMDI 2017: 192).

Mittelgradige Episode

Bei der mittelgradigen Episode sind erneut mindestens zwei der Hauptsymptome und mindestens drei, besser vier, von den weiteren Symptomen vorhanden (vgl. Dilling/Mombour/Schmidt 2014: 173). Es bestehen grosse Schwierigkeiten die alltäglichen Aktivitäten fortzusetzen (vgl. DIMDI 2017: 192).

Schwere Episode

In der schweren Episode kommen alle drei Hauptsymptome vor. Ausserdem müssen mindestens vier andere Symptome vorhanden sein, von denen einige besonders ausgeprägt sein sollten (vgl. Dilling/Mombour/Schmidt 2014: 174). Die sozialen, häuslichen und beruflichen Aktivitäten können nicht oder sehr begrenzt fortgeführt werden (vgl. ebd.).

Für alle drei Schweregrade gilt, dass die Symptome über einen Zeitraum von mindestens zwei Wochen vorhanden sein müssen (vgl. ebd.: 170).

Rezidivierende depressive Störung

Bei der folgenden depressiven Störung handelt es sich um wiederkehrende depressive Episoden, welche Wochen oder Monate dauern können. Es besteht die gleiche Gliederung und Unterteilung der Schweregrade einer Episode, wie oben bereits definiert (vgl. DIMDI 2017: 193).

Dysthymie

Ein weiteres Krankheitsbild, welches auch als eine unipolare Störung definiert wird, ist die Dysthymie (vgl. Beesdo-Baum/Wittchen 2011: 881). Im ICD-10 wird sie unter den

anhaltenden affektiven Störungen kategorisiert. Es handelt sich dabei um eine chronische andauernde depressive Verstimmung, welche über mehrere Jahre andauernd. Aufgrund des unzureichendem Schweregrad und Dauer der Symptome, erfüllt sie jedoch nicht die Kriterien der rezidivierenden depressiven Störung (vgl. DIMDI 2017: 194).

Für eine einheitliche Verwendung der Begriffe wird im weiteren Verlauf der Arbeit der Begriff «Depression» als Oberbegriff für die dargelegten Arten der Krankheitsbilder, in denen die Hauptsymptomatik depressive Verstimmung im Fokus steht, benutzt.

2.1.2 Bipolare affektive Störung

Die Bipolare affektive Störung kommt im Gegensatz zur Depression seltener vor. Die Jahresprävalenz liegt ca. bei 1-2.5% und die Lebenszeitprävalenz bei 3.9% (vgl. Baer et al. 2013: 10). Frauen sind dabei gleich häufig betroffen wie Männer (vgl. Volz/Wunn 2012: 28). Im Vergleich zur Depression charakterisiert sich eine Bipolare affektive Störung durch das Vorkommen von abwechselnden manischen und depressiven Phasen. Die Manie ist charakterisiert durch gehobene euphorische oder auch gereizte Stimmung (vgl. Volz/Wunn 2012: 28). Die Betroffenen verspüren vermehrten Antrieb und Aktivität (vgl. DIMDI 2017: 191). Sie stürzen sich mit viel Energie in die Arbeit, sie sind extrem gesprächig und haben ein übersteigertes Selbstvertrauen (vgl. Quitkin/Endicott/Wittchen 1998: 136). Des Weiteren hat die Manie weitere Symptome wie ein vermindertes Schlafbedürfnis, erhöhte Entschlussfreudigkeit oder eine leichte Ablenkbarkeit (vgl. Volz/Wunn 2012: 28). Nach der manischen Episode, folgt dann wieder eine Stimmungssenkung, wie bei einer Depression (vgl. DIMDI 2017: 191). Dieses lässt sich auch als emotionale Erschöpfung verstehen (vgl. Schrappe 2018: 57). Die Symptome der depressiven Phase der Bipolaren affektiven Störung, sind die gleichen wie bei einer unipolaren Depression (vgl. Quitkin/Endicott/Wittchen 1998: 136). Die Bipolare affektive Störung lässt sich auch in unterschiedlichen Verlaufsstrukturen, Schweregrad sowie mit oder ohne psychotische Symptome diagnostizieren (vgl. DIMDI 2017: 191). Für die vorliegende Arbeit ist der Faktor, dass sich die Stimmungslage der Betroffenen zwischen gehobener Stimmung (Manie) und verminderter Stimmung (Depression) verändern kann von Bedeutung, weshalb die Unterteilung nicht weiter thematisiert wird. Der dauernde Wechsel der Stimmungslage kann einen starken Einfluss auf den Umgang der betroffenen Mütter mit ihren Kindern haben (vgl. Schrappe 2018: 57f.). Das darauffolgende Kapitel thematisiert, in Bezug auf die dargelegten Krankheitsbilder, die Interaktion der betroffenen Mütter, mit ihren Kindern.

2.2 Interaktionsverhalten der affektiv erkrankten Mütter

Wie im vorangegangenen Kapitel beschrieben wurde, beeinträchtigen affektive Störungen viele Aspekte des Alltags. Betroffene Mütter sind auf der Emotions-, Verhaltens- sowie Kognitionsebene eingeschränkt (vgl. Mattejat/Wüthrich/Remschmidt 2000: 164). Eine Vielzahl an Studien legen dar, dass sich das Erziehungs- und Interaktionsverhalten von Eltern bzw. Mütter mit einer psychischen Erkrankung im Vergleich zu gesunden Müttern unterscheidet (vgl. Lexow/Wiese/Hahlweg 2008: 98). In Bezugnahme auf Hell (1982) legt Gutmann (2017: 15) dar, dass ca. 11% der depressiv erkrankten Eltern eine deutliche bis ausgeprägte Beeinträchtigung im Erziehungsverhalten aufweisen. Nachfolgend werden auf einige beobachtete Einschränkungen aus verschiedenen Studien eingegangen. Depressive Mütter äussern sich häufig negativ gegenüber ihren Kindern und reagieren weniger unmittelbar, Feinfühlig und positiv auf die Aufmerksamkeitssuche ihrer Kinder. Zudem zeigen sie einen verringerten affektiven Ausdruck, wenig Empathie und erhöhte Feindseligkeit (vgl. Lenz/Wiegand-Grefe 2017: 13). Gegenüber ihren Kindern können depressive Mütter missbilligendes, abneigendes oder ablehnendes Verhalten zeigen (vgl. ebd.: 27). Bei Verhaltensschwierigkeiten seitens ihrer Kinder sind sie unbeständig und neigen dazu, Konflikte zu vermeiden (vgl. Lexow/Wiese/Hahlweg: 2008: 99). Depressive Mütter bieten ihren Kindern oft nur beschränkte Möglichkeiten eigene Erfahrungen zu sammeln und zu experimentieren, was das gesamte Wohlbefinden negativ beeinflusst (vgl. Rehder 2013: 73). In den manischen Phasen der Bipolaren affektiven Störung hingegen, werden die Kinder mit ihren Bedürfnissen und Grenzen kaum wahrgenommen. Die Mutter führt ihre Aktivitäten, ohne Rücksicht auf das Interesse ihrer Kinder durch. Die gesamte kindliche Welt wird aufgrund des erregten Verhaltens in der manischen Phase kaum beachtet. Es kann durchaus zu Auseinandersetzungen kommen, in denen das Kind Färbungen der Manie zu spüren bekommt (vgl. Schrappe 2018: 58). Die betroffenen Mütter nehmen das Verhalten ihrer Kinder als herausfordernd wahr. Sie haben Schwierigkeiten ihnen Grenzen zu setzen, und weisen Ambivalenzen zwischen einem autoritären und permissiven Erziehungsstil auf (vgl. Kronmüller/Driessen 2012: 51). Zudem zeigen die Mütter ein reduziertes kommunikatives Repertoire (vgl. Lenz/Kuhn 2011: 270).

Die psychische Erkrankung bringt nicht nur Belastungen im Erziehungs- und Interaktionsverhaltens, sondern auch im subjektiven Erleben der Mütter mit sich (vgl. Junggbauer 2010: 22).

Nebst Untersuchungen bezüglich der Unterscheidung des Erziehungsverhaltens zwischen gesunden und psychisch erkrankten Eltern, gibt es vereinzelte internationale Studien, welche die subjektive Perspektive des erkrankten Elternteils untersuchten. In den Studien kristallisierten sich heraus, dass die Beziehung zum Kind als zentrale Bedeutung für das

Leben und die Nähe zum Kind als zentraler Faktor zur Aufrechterhaltung angesehen wird (vgl. Jungbauer 2010: 21). Unter anderem zeigte sich, dass das Zusammenleben mit ihren Kindern eine existentielle Bedeutung für die Mütter hat (vgl. Gutmann 2017: 16). Es zeigte sich, dass viele Mütter das Bestreben haben, trotz der Erkrankung, eine normale Mutter zu sein und Verantwortungen zu übernehmen. Gleichzeitig wird es als eine grosse Herausforderung angesehen, unter den Einschränkungen, welche die psychische Erkrankung mit sich bringt, den elterlichen Verpflichtungen nachzugehen. Des Weiteren erlebten die betroffenen Mütter weitere Belastungen, wie Stigmatisierung, Angst vor einem Sorgerechtsentzug und Ängste vor negativer Auswirkung auf das Erleben des Kindes (vgl. Jungbauer 2010: 20f.). Die Beeinträchtigungen im Erziehungsverhalten stellen für die betroffenen Kinder Belastungen dar, welche das Risiko selbst an einer psychischen Erkrankung zu erleiden, erhöhen können (vgl. ebd.: 15). Im nachfolgenden Kapitel wird dies ausführlicher thematisiert.

2.3 Erkrankungsrisiko der betroffenen Kinder

Unterschiedliche wissenschaftliche Erkenntnisse zeigen, dass Kinder psychisch kranker Eltern, selbst ein erhöhtes Risiko haben, eine psychische Erkrankung zu entwickeln (vgl. Jungbauer 2016: 15; vgl. Lenz 2008: 11). Gründe dafür sind genetische und psychosoziale Faktoren, welche die Wahrscheinlichkeit für die Entwicklung einer psychischen Erkrankung erhöhen (vgl. Mattejat/Wüthrich/Remschmidt 2002: 164). Laut Albermann et al. (2012: 1521) ist das Risiko eine psychische Erkrankung bei Kindern und Jugendlichen zu entwickeln, aufgrund der psychischen Erkrankung der Eltern, um das Zwei-bis Dreifache erhöht, gegenüber der gesunden Allgemeinbevölkerung. Plass und Wiegand-Grefe (2012: 20) nehmen Bezug auf eine diagnoseübergreifende Studie, bei welcher für Kinder psychisch erkrankter Eltern, verglichen mit der Gesamtbevölkerung, eine drei- bis siebenfach erhöhte psychische Auffälligkeitsrate gefunden wurde.

Lenz und Wiegand-Grefe (2017: 24) und auch Mattejat (2014: 78) unterteilen dabei das Erkrankungsrisiko in allgemein und spezifisch. Als allgemein wird das Erkrankungsrisiko für die Entwicklung anderer psychischer Erkrankungen oder Auffälligkeiten bezeichnet. Hingegen meint das spezifische Erkrankungsrisiko, dieselbe psychische Erkrankung zu entwickeln wie die Eltern (vgl. ebd.).

Auch für die Entwicklung einer affektiven Störung wurden bereits Untersuchungen durchgeführt. In Bezugnahme auf eine Studie von Mattejat (2005) schildert Schrappe (2018: 53), dass die Lebenszeitprävalenz für die Entwicklung einer affektiven Störung bei Kindern um den Faktor zwei bis drei erhöht ist, wenn beide Eltern an einer affektiven Störung erkrankt sind. Angelegt

an einer weiteren Studie von Beardslee (1998) zeigen Lexow, Wiese und Hahlweg (2008: 92) auf, dass 40% der Kinder mit Eltern, welche an einer schweren affektiven Störung leiden, selbst eine Depression entwickelten. Insbesondere für die Entwicklung einer schweren Depression ist das Risiko für die betroffenen Kindern erhöht. (vgl. Lenz 2008: 11). Kinder depressiver Eltern haben zudem ein erhöhtes allgemeines Erkrankungsrisiko. Sie sind bis zu dreimal anfälliger beispielsweise eine Angststörung oder Substanzabhängigkeit zu entwickeln. Zudem entwickeln 60% der betroffenen Kinder auch Störungen des Sozialverhaltens (vgl. Lenz/Wiegand-Grefe 2017: 28).

Bei der Bipolaren affektiven Störung verändern sich die Prävalenzzahlen bezüglich des Erkrankungsrisikos. Lenz und Wiegand-Grefe (2017: 30) nehmen Bezug auf unterschiedliche Autoren und legen dar, dass das spezifische Erkrankungsrisiko einer Bipolaren affektiven Störung, bei Kindern mit zwei erkrankten Elternteilen, um 25 % und bei einem Elternteil 4% erhöht ist. Es zeigt sich aber auch, dass nicht nur das spezifische Erkrankungsrisiko erhöht ist, sondern die Bipolare affektive Störung der Eltern das Risiko, weitere affektive Störungen wie Depression und Angst- oder Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung zu entwickeln, erhöht. So wird die Entwicklung für eine andere affektive Störung bei 26% der Kinder bipolar affektiv erkrankter Eltern, beobachtet (vgl. Lenz/Wiegand-Grefe 2017: 29f.).

Gründe für das erhöhte Erkrankungsrisiko können der Schweregrad der mütterlichen psychischen Erkrankung, die zeitliche Ausprägung sowie das Ausmass der Beeinträchtigung der elterlichen Funktion sein. Vor allem die emotionale Verfügbarkeit wird hier hervorgehoben. (vgl. Albermann et al. 2012: 1522). Dennoch ist wichtig festzuhalten, dass der Hauptrisikofaktor nicht die psychische Erkrankung des Elternteils, sondern vielmehr die verknüpften psychosozialen Belastungen der Familie sind (vgl. Plass/Wiegand-Grefe 2012: 20; Mattejat/Wüthrich/Remschmidt 2000: 165). Beispielsweise treten ein niedriger ökonomischer Status, eheliche Konflikte oder Störung der Eltern-Kind-Beziehung bei Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil vermehrt auf. Auch unangemessene soziale Unterstützung oder soziale Isolation sind vermehrt zu beobachten (vgl. Mattejat/Wüthrich/Remschmidt 2000: 165). Es ist zu beachten, dass das gemeinsame Auftreten der psychosozialen Folgen sich vor allem aufgrund der gegenseitigen Verstärkung, gravierend auf die kindliche Entwicklung auswirkt (vgl. ebd.).

Nachdem wichtige Grundlagen in Bezug auf die psychische Erkrankung dargelegt wurden, wird im nachfolgenden Kapitel auf die Perspektive der betroffenen Kinder eingegangen. Dies um aufzuzeigen, dass sie nebst dem erhöhten Erkrankungsrisiko, weiteren subjektiven Belastungen ausgesetzt sind.

3. Perspektive der Kinder psychisch kranker Eltern

Das folgende Kapitel bearbeitet das Thema der subjektiven Sichtweise von Kindern psychisch kranker Eltern. Es soll einen Einblick in die erlebten Gefühle und dem Umgang im Alltag mit der elterlichen Erkrankung der betroffenen Kinder ermöglichen. Das Einbeziehen der Perspektive der Kinder, verschafft Ansatzpunkte für mögliche Unterstützungsangebote, in denen die Bedürfnisse und der Unterstützungsbedarf berücksichtigt werden (vgl. Plass/Wiegand-Grefe 2012: 23). Die subjektiven Belastungen wurde in zahlreichen Interviewstudien erfragt. Oftmals wurden die Interviews mit Erwachsenen geführt, welche mit einem psychisch erkrankten Elternteil aufgewachsen sind (vgl. Lenz/Wiegand-Grefe 2017: 4). Die durchgeführten Studien beziehen sich vorwiegend auf psychisch erkrankte Mütter (vgl. Jungbauer 2016: 13). In den folgenden Unterkapiteln werden Ergebnisse der Studien thematisiert. Zunächst wird das Wissen über die elterliche Erkrankung dargelegt. Folgend werden die Emotionen der betroffenen Kinder erläutert. Die Themen der Kommunikation, Tabuisierung, Rückzug, fehlender sozialer Unterstützung und der familiäre Alltag, runden das Kapitel ab.

3.1 Wissen über die Erkrankung

Obwohl es sich um eine retrospektive Studie handelt, wird davon ausgegangen, dass Kinder selten einbezogen und über die Erkrankung aufgeklärt werden. In den durchgeführten Studien gaben fast zwei Drittel der Interviewpersonen an, dass sie als Kind nie von einer Fachperson über die Erkrankung aufgeklärt wurden, obwohl die meisten sich das gewünscht hätten (vgl. Plass/Wiegand-Grefe 2012: 25). Dadurch, dass die Kinder das Verhalten und die Krankheitssymptome des betroffenen Elternteils nicht einordnen können, kann eine Desorientierung seitens der Kinder hervorgerufen werden (vgl. Schone/Wagenblaus 2002: 16). Dies wiederum verstärkt Ängste, Verunsicherung und Hilflosigkeit. Sie sind auf ihre eigenen Überlegungen und Vermutungen angewiesen. Die diffusen Vorstellungen vermitteln oftmals kein oder wenig Verständnis für den Zustand des erkrankten Elternteils (vgl. Lenz 2008: 33). Deshalb ist es unerlässlich, die Kinder Alters und Entwicklungsstand entsprechend aufzuklären. Folglich können Ängste und Unsicherheiten verringert und die Beziehung zwischen Kind und Bezugsperson, durch emotionale Zuwendung, gestärkt werden (vgl. Plass-Wiegand-Grefe 2012: 24).

3.2 Elterliche Erkrankung

Kinder beobachten ihre Eltern ganz genau. Sie nehmen die krankheitsbedingten Veränderungen ihrer Eltern aufgrund der emotionalen Verbundenheit und Sensibilität sehr früh wahr. Kinder schätzen ein, ob sie den Zustand verschlechtern und richten ihr Verhalten entsprechend aus (vgl. Lenz 2008: 24). Für das Belastungserleben der Kinder sind die akuten Symptome, die Dauer, der Krankheitsverlauf sowie auch die Persönlichkeitsveränderung wesentlich (vgl. Lenz/Wiegand-Grefe 2017: 5; Plass/Wiegand-Grefe 2012: 23). Beispielsweise leiden Kinder depressiv erkrankter Eltern unter dem Rückzugsverhalten, was zur Einschränkung zu sozialen Kontakten der gesamten Familie führt. Der Rückzug seitens des erkrankten Elternteils, geht einher mit typischen Symptomen wie Interessensverlust, Hoffnungs- und Antriebslosigkeit, Ermüdung sowie Vernachlässigung der Alltagsaufgaben (vgl. Plass/Wiegand-Grefe 2012: 23). Zudem kann es durchaus sein, dass Kinder weniger oder keine Zuwendung der erkrankten Mutter erhalten (vgl. Lenz 2008: 24). Hingegen werden Kinder einer Mutter mit einer Bipolar affektiven Störung vor allem mit der Identitätsproblematik konfrontiert. Sie stellen sich Fragen, ob es sich bei der psychischen Störung, um eine Eigenschaft der Mutter handelt oder die psychische Erkrankung die Mutter definiert. Die Identitätsproblematik wirkt sich vielfältig auf die Identitätsbildung der Kinder aus (vgl. ebd.: 25). Aufgrund der Störung ist die Mutter nicht in der Lage, auf die Bedürfnisse der Kinder einzugehen, worauf die Kinder mit Wut und Traurigkeit reagieren, weil sie sich nicht gerecht behandelt fühlen. Es fehlt eine ausreichende Grundlage für die Identifikation mit der Mutter. Aufgrund ihrer Verunsicherungen, ziehen die Kinder sich zurück und unterdrücken ihre Bedürfnisse oder nähern sich dem gesunden Elternteil an (vgl. ebd.). Eine besonders belastende Situation für die Kinder, stellt oftmals die Klinikeinweisung des psychisch erkrankten Elternteils dar. Viele betroffene Kinder verbinden dieses Ereignis mit dem Gefühl alleine gelassen zu werden, was traumatisch für sie sein kann (vgl. Lenz/Wiegand-Grefe 2017: 5). Insbesondere erleben Kinder mit der Klinikeinweisung einen Autonomie- und Autoritätsverlust der erkrankten Mutter. Um diese Situation verkraften zu können, versuchen sich die Kinder emotional zu distanzieren und wirken oftmals teilnahmslos, apathisch und unberührt vom Ereignis (vgl. Lenz 2008: 27). Dennoch kann eine Klinikeinweisung nach einer längeren akuten Krankheitsphase, welche mit Unsicherheiten und einer belastenden Familiensituation geprägt war, auch eine Entlastung darstellen. Dabei verspüren die Kinder eine Erleichterung, wenn jemand anderes die Verantwortung für den erkrankten Elternteil übernimmt und eine entsprechende Behandlung gewährleistet (vgl. Plass/Wiegand-Grefe 2012: 23f.).

3.3 Emotionen der Kinder

Kinder psychisch erkrankter Eltern werden oft von Emotionen wie Angst, Schuldgefühle, Gefühle des Verlusts, Trauer und Scham begleitet. Ältere Kinder fühlen auch Wut, Enttäuschung und Frust (vgl. Jungbauer 2016: 13; Plass/Wiegand-Grefe 2012: 31f.). Diese Ängste entwickeln die Kinder häufig in Bezug auf die Trennung des erkrankten Elternteils oder wenn sie diesen, beispielsweise aufgrund eines stationären Aufenthaltes, verlieren. In Bezugnahme auf Knutsson-Medin et al. (2007) berichten Lenz und Wiegand-Grefe (2017: 9), dass Kinder sich auch sorgen, dass dem Elternteil etwas zustossen oder dass sie eine falsche Behandlung erhalten könnte. Schuldgefühle entwickeln sich dadurch, dass die Kinder das Gefühl haben sich falsch verhalten zu haben und deswegen die Mutter oder der Vater erkrankt ist (vgl. Jungbauer 2016: 13; Schone/Wagenblass 2002: 16). Zudem erleben die Kinder, dass ihre erkrankten Eltern oder sie selbst von anderen Personen ausgegrenzt werden. Vereinzelt schämen sich die Kinder auch selbst, dass ihr Vater oder die Mutter psychisch erkrankt ist und vermeiden es deshalb, Freunde zu sich nach Hause einzuladen (vgl. Jungbauer 2016: 13). Besonders nach einem langen Krankheitsverlauf eines Elternteils, empfinden die betroffenen Kinder Hoffnungslosigkeit, Demoralisierung und Resignation. Oftmals ist die Reaktion darauf, depressiver Rückzug und ein Gefühl der eigenen Unzulänglichkeit, weil sie nicht helfen konnten. In dieser Situation mischen sich auch Gefühle der Schuld, Scham mit Wut, Ärger und Trauer dazu, was zur erhöhten Reizbarkeit führt und folglich zu weiteren psychischen Konflikten und Belastungen im Familiensystem (vgl. Lenz/Wiegand-Grefe 2017: 9; Plass/Wiegand-Grefe 2012: 32).

3.4 Kommunikation, Tabuisierung und Rückzug

Mit den Kindern wird in den Familien selten über die psychische Erkrankung gesprochen. Viele Eltern berichten, dass sie ihre Kinder schützen wollen und deshalb nicht über die Erkrankung sprechen (vgl. Lenz/Wiegand-Grefe 2017: 5). Dennoch wie bereits im Kapitel 3.2 beschrieben, nehmen Kinder die Verhaltensveränderung genau wahr und für sie können jene Veränderungen irritierend sein, wenn diese nicht thematisiert werden. Aufgrund der Irritation vermeiden Kinder aus Rücksichtnahme auf den erkrankten Elternteil, das Stellen von Fragen und verbergen ihr Bedürfnis nach Information. Die Kinder sind oftmals hin- und hergerissen zwischen dem Wunsch nach Normalität in der Beziehung zur Mutter und dem Bedürfnis nach Erklärungen für die belastende Situation (vgl. Lenz 2008: 32). Nicht nur familienintern, sondern auch gegenüber Aussenstehenden, herrscht ein Rede- und Kommunikationsverbot über die psychische Erkrankung (vgl. Plass/Wiegand-Grefe 2012: 2). Die Kinder erhalten diese Aufforderung explizit von den Eltern oder empfinden dieses Verbot

intuitiv. Die psychische Erkrankung erhält den Charakter eines Familiengeheimnisses (vgl. Lenz 2008: 33). Die Familie entwickelt sich zu einem geschlossenen System (vgl. Müller 2008: 145). Die Kinder haben oft die Befürchtung, dass sie ihre Eltern verraten, wenn sie sich nicht an das Kommunikationsverbot halten und sie sich jemanden anvertrauen (vgl. Lenz/Wiegand-Grefe 2017: 6; Plass/Wiegand-Grefe 2012: 26). Sie verspüren einen Loyalitätskonflikt gegenüber ihren Eltern, ihrem Schamgefühl eine psychisch erkrankte Mutter zu haben und dem Bedürfnis, mit jemanden darüber zu sprechen (vgl. Lenz 2008: 33). Die Gründe für eine Tabuisierung der psychischen Erkrankung können vielfältig sein. Beispielsweise kann es Angst vor Stigmatisierung oder Scham- und Schuldgefühle, elterliche Krankheitsverleugnung oder auch gegenseitige Schonung und Rücksichtnahme sein. Zudem befürchten Eltern, dass ihnen das Sorgerecht entzogen wird (vgl. Lenz/Wiegand-Grefe 2017: 6). Jedoch bringt eine Tabuisierung viele Folgen mit sich. Einerseits verhindert es eine offene Auseinandersetzung mit der psychischen Erkrankung und somit kann keine Ressourcenmobilisierung bei den Kindern stattfinden. Andererseits kann sie auch zur Isolierung der Familie oder gar zu einer Isolierung der Kinder führen (vgl. Plass/Wiegand-Grefe 2012: 25). Dies wiederum kann dazu führen, dass für die ganze Familie keine ausserfamiliären Ressourcen mobilisiert werden können. Bei den Kindern hingegen entwickelt sich das Gefühl der Einsamkeit und der Überzeugung, dass es niemanden interessiert, wie es ihnen geht (vgl. Müller 2008: 145). Sie wissen nicht an wen sie sich wenden können und isolieren sich (vgl. Schone/Wagenblaus 2002: 16).

3.5 Fehlende soziale Unterstützung und familiärer Alltag

In Bezugnahme auf Sollberger (2012) legen Lenz und Wiegand-Grefe (2017: 6) dar, dass viele erwachsene Kinder psychisch kranker Eltern, rückblickend beschreiben, dass sie keine ausreichende soziale Unterstützung erhalten haben. Dies obwohl sie sich diese gewünscht hätten. Die soziale Unterstützung hat sich jedoch als einen protektiven Faktor für die Entwicklung betroffener Kinder herausgestellt, was die obere Feststellung als gravierend betrachten lässt (vgl. ebd.). Dennoch lässt sich eine Wechselwirkung zwischen der Tabuisierung über die Erkrankung (vgl. Kapitel 3.4) und der Mobilisierung der sozialen Unterstützung feststellen. Wird innerhalb der Familie eine Tabuisierungstendenz befürwortet, so fällt es besonders den Kindern schwer und es gelingt ihnen kaum, ausserhalb der Familie um Unterstützung zu bitten. Dies wiederum hat zur Folge, dass familienexterne Personen erschwert Unterstützung leisten können, da ihnen die benötigten Informationen über die belastende Familiensituation und besonders über die Erkrankung eines Elternteils fehlen (vgl. Lenz/Wiegand Grefe 2017: 6f.; Plass/Wiegand-Grefe 2012: 27). Zusätzlich wird ein Grossteil der psychischen Energie der Kinder durch die starken emotionalen Verstrickungen

in der Familie, das Kommunikationsverbot und Ängste beansprucht (vgl. Lenz 2008: 36). Die Kinder können keinen äusseren oder inneren Freiraum finden, welcher für den Aufbau und die Aufrechterhaltung sozialer Beziehung, ausserhalb der Familie erforderlich ist. Sie haben stets die Befürchtung, dass durch ihre Abwesenheit und ohne ihre Unterstützung, der labile Zustand in der Familie zusammenbrechen oder möglicherweise etwas Schlimmes passiert könnte (vgl. ebd.). Infolgedessen spielen für Kinder weitere Kontakte ausserhalb der Familie und Freizeitaktivitäten eine unwichtige Rolle (vgl. ebd.). Die Kinder besitzen meistens eher ein kleineres soziales Netzwerk, bestehend aus Verwandten, Schulkameraden und Freunden. Jedoch vermeiden sie es, dieses bei der Bewältigung des belastenden Alltags heranzuziehen. Das Thema der elterlichen Erkrankung wird in den sozialen Beziehungen nicht thematisiert (vgl. Lenz 2008: 36; Lenz/Wiegand-Grefe 2017: 7). Ein Grund dafür könnte sein, dass die Familien mit einem psychischen erkrankten Elternteil aufgrund der Erkrankung, häufig eine Ablehnung in ihrem sozialen Umfeld und familiären Alltag erleben (vgl. Plass/Wiegand-Grefe 2012: 27). Neben den Auswirkungen der psychischen Erkrankung auf die soziale Unterstützung, beeinflusst diese auch den familiären Alltag. Verlässliche Alltagsstrukturen und Abläufe fallen aufgrund der Krisensituation zusammen. Insbesondere wenn die psychische Erkrankung die Mutter betrifft, bemerken die Kinder das Zusammenbrechen der Alltagsstrukturen (vgl. Lenz 2008: 26). Beispielsweise kann eine Mutter aufgrund der depressiven Erkrankung morgens das Bett nicht mehr verlassen, ist zu erschöpft, um mit den Kindern zu spielen und die Hausarbeiten nicht mehr bewältigen. Eine solche Krisensituation kann auch die Rollenverteilung in der Familie verändern (vgl. Lenz-Wiegand/Grefe 2017: 7). Beispielsweise können die Kinder beobachten, wie der Vater die Hausarbeiten übernimmt, welche die Mutter üblicherweise erledigt (vgl. Lenz 2008: 26). Die Kinder werden mit weiteren Zusatzbelastungen konfrontiert, welche sie bewältigen müssen. So müssen Sie allenfalls unterschiedliche Haushaltsaufgaben übernehmen, welche sie überfordern und dadurch ihre eigenen Bedürfnisse in den Hintergrund drängen. Zudem können psychisch erkrankte Eltern eine vollumfängliche Betreuung nicht mehr wahrnehmen, wodurch es zu Defiziten in der Betreuung der Kinder kommt. Es fehlt ihnen an Aufmerksamkeit und Zuwendung (vgl. Schone/Wagenblass 2002: 16). Die Destabilisierung der familiären Strukturen, welche eine psychische Erkrankung mit sich bringt, führt zu einer Vermischung der Generationsgrenzen. Eine besondere Generationsgrenzerstörung ist die Parentifizierung. Die Kinder übernehmen dabei die Eltern- oder Partnerfunktion für den erkrankten Elternteil (vgl. Wiegand-Grefe 2012: 28f.). Eine solche Rollenumkehr wird in vielen Familien mit psychisch erkrankten Eltern beobachtet (vgl. Lenz 2008: 28). Die Kinder übernehmen elterliche Aufgaben wie zum Beispiel Haushaltsführung, Medikamenteneinnahmen oder die Erziehung der jüngeren Geschwister (vgl. Lenz/Wiegand-Grefe 2017: 8). Es zeigt sich, dass der psychisch erkrankte, aber auch der gesunde

Elternteil, Bedürftigkeit und Verantwortung für ihr Wohlbefinden signalisieren und Verantwortung abgeben. Die Kinder werden somit Berater und Vertrauensperson für die Eltern und zentrale Quelle von Unterstützung und Trost (vgl. Lenz/Kuhn 2011: 271).

Es zeigt sich, dass Kinder in vielfältiger Weise von der psychischen Erkrankung der Mutter betroffen sind. Dennoch gibt es Kinder, welche eine Widerstandsfähigkeit gegenüber solchen Belastungen entwickeln, die eine Entwicklung positiv beeinflusst. Jene Kinder werden als «resilient» bezeichnet (vgl. Wustmann Seiler 2012: 18). Im nachkommenden Kapitel wird auf das Thema der Resilienz und deren Förderung eingegangen.

4. Resilienz und Resilienzförderung

Trotz der unterschiedlichen Belastungen und Risiken, entwickeln sich viele Kinder, die mit einer affektiv erkrankten Mutter aufwachsen gut (vgl. Lenz/Wiegand-Grefe 2017: 35). Hierbei ist das Konzept der Resilienz von Bedeutung. Im vorliegenden Kapitel wird das Thema der Resilienz und deren Förderung erarbeitet. Zunächst wird die Definition des Begriffs Resilienz und seine Merkmale erläutert. Folgend wird auf die Konzepte der Resilienzforschung eingegangen. Die folgenden Unterkapitel bearbeiten das Thema der Resilienzförderung. Es wird aufgezeigt, wie die Resilienz gefördert werden kann. Abschliessend werden die Möglichkeiten der Resilienzförderung von Kindern mit an einer affektiven Störung erkrankten Mutter veranschaulicht.

4.1 Definition

Der Begriff der Resilienz stammt vom englischen Begriff «resilience» ab und kann als Spannkraft, Widerstandsfähigkeit und Elastizität verstanden werden (vgl. Wustmann Seiler 2012: 18).

Eine genaue Begriffsdefinition des Begriffs Resilienz wird seit einigen Jahren im theoretischen Diskurs thematisiert. Folglich sind in der Literatur unterschiedliche Definitionen vorzufinden. In Bezugnahme auf Rutter (2001) und Petermann (2000) bezeichnet Wustmann Seiler (2012: 18) Resilienz als die Fähigkeit eines Individuums, belastende Lebensumstände mit Erfolg zu meistern und mit dem darauffolgenden Stress umzugehen, ohne Schaden davon zu tragen.

Fröhlich-Gildhoff und Rönnau-Böse (2019: 10) nehmen Bezug auf die entwicklungspsychologische Sicht von Welter-Enderlin (2012). Sie definieren Resilienz als eine Fähigkeit von Individuen, Krisensituationen während des Lebens mit persönlich und soziale vermittelten Ressourcen zu meistern und für ihre eigene Entwicklung zu nutzen.

Die wohl weitverbreitetste Definition im deutschsprachigen Raum ist diejenige von Corina Wustmann (vgl. Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2019: 9). Für die vorliegende Arbeit wird diese Definition herbeigezogen. Diese lautet folgendermassen: «Resilienz meint eine psychische Widerstandsfähigkeit von Kindern, gegenüber biologischen, psychologischen und psychosozialen Entwicklungsrisiken» (Wustmann Seiler 2012: 18). Resilienz bezeichnet also die Fähigkeit, sich von schwierigen Lebens- und Stresssituationen nicht unterkriegen zu lassen oder daran zu zerbrechen (vgl. ebd.).

Die Resilienzforschung entwickelte sich als Gegenbewegung der Entwicklungspsychopathologie, welche die Risikoeinflüsse auf die Kinder untersucht. Die Resilienzforschung richtet ihren Blick auf Kinder, welche sich trotz belastenden Lebensumständen gut entwickelten (vgl. Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2019: 14). Den Beginn der Resilienzforschung setzte die Längsschnittstudie «Kauai-Studie» der US-amerikanischen Forscherin Emmy Werner. Mit ihrer Kollegin Ruth Smith untersuchte sie 698 Menschen über 40 Jahre hinweg, welche das Geburtsjahr 1955 hatten. Sie führten Interviews durch und sammelten Daten über die Lebens- und Gesundheitssituation der Probanden. Ein Drittel dieser Stichprobe lebte mit einer starken Risikobelastung wie zum Beispiel chronischer Armut oder der psychischen Erkrankung eines Elternteils (vgl. Rönnau-Böse/Gildhoff-Fröhlich 2012: 9). Zwei Drittel dieser Stichprobe zeigten Entwicklungsrisiken wie schwere Lern- und Verhaltensschwierigkeiten oder wurden straffällig. Der restliche Drittel hingegen wies eine positive Entwicklung auf (vgl. Wustmann Seiler 2012: 87). Sie zeigten auf verschiedenen Ebenen schützende Faktoren, wie das Vorhandensein emotionaler Bezugspersonen, einen stabilen Familienzusammenhalt oder hohe Sozialkompetenz (vgl. Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2019: 16).

Anhand der Definitionserläuterung und der Studie ist ersichtlich, dass Resilienz nicht nur auf die Abwesenheit von Risiken und der Feststellung der Risikofaktoren reduziert werden kann, sondern gleichzeitig mit der positiven Bewältigung dieser Risiken einhergeht. Somit ist die Resilienz immer an zwei Bedingungen geknüpft. Zum einen muss eine Risikosituation für die kindliche Entwicklung vorhanden sein und zum anderen wird die Situation mit den vorhandenen Ressourcen positiv bewältigt (vgl. Rönnau-Böse/Fröhlich-Gildhoff 2015: 11). Somit kann ein Kind, welches ein hohes Mass an Selbstvertrauen hat, nicht grundsätzlich als resilient bezeichnet werden (vgl. Wustmann Seiler 2012: 18). Laut Laucht et al. (2000 zit. nach Wustmann Seiler 2012: 18) kann ein Kind erst als resilient bezeichnet werden, wenn es sich, im Vergleich zu anderen Kindern mit denselben Risikobelastungen, positiv entwickelt. Es gelingt dem Kind Entwicklungsrisiken zu verringern oder zu kompensieren, indem es lernt, negative Einflüsse auszugleichen und sich förderliche Kompetenzen anzueignen.

Daraus kann abgeleitet werden, dass das Resilienzkonzept ressourcenorientiert ausgerichtet ist (vgl. Wustmann Seiler 2012: 68). Der Mensch wird als aktiver Bewältiger seines Lebens gesehen, der durch soziale Unterstützung schwierige Situationen erfolgreich meistert. Die Probleme und Schwierigkeiten werden dabei nicht ignoriert, sondern das Nutzen der Kompetenzen und Ressourcen rückt in den Fokus, um die Risikosituationen zu bewältigen (vgl. Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2019: 12f.).

Des Weiteren wird in der Resilienzforschung von drei Erscheinungsformen gesprochen. In Bezugnahme auf Werner (2000) legen Wustmann Seiler (2012: 19) und Aichinger (2011: 26f.) die drei Erscheinungsformen der Resilienz dar. Zum einen gibt es die positive und gesunde Entwicklung trotz hoher Risikofaktoren, welche beispielsweise die psychische Erkrankung einer oder beider Elternteile einschliesst. Zum anderen zählt die andauernde Kompetenz unter starken Stressbedingungen dazu. Damit ist beispielsweise die elterliche Scheidung gemeint. Die dritte Erscheinungsform, ist die schnelle und positive Erholung nach traumatischen Erlebnissen, wie beispielsweise eine Gewalterfahrung oder Kriegs- und Terrorerlebnisse (vgl. ebd.). Anhand dieser Erscheinungsformen wird ersichtlich, dass Resilienz zum einen den Erhalt der kindlichen Funktionsfähigkeit sowie auch deren Erholung nach einem erlebten Trauma miteinbezieht (vgl. Wustmann Seiler 2012: 18). Nachdem der Begriff der Resilienz definiert wurde, stellt sich die Frage, was Resilienz ausmacht. Im nachfolgenden Kapitel werden die Merkmale der Resilienz dargelegt.

4.1.1 Merkmale der Resilienz

Es wurde ersichtlich, dass es unterschiedliche Definitionen des Begriffs «Resilienz» in der Literatur gibt. Dennoch gibt es drei Merkmale, welche für den Begriff Resilienz unstrittig sind (vgl. Ronnau-Böse/Fröhlich-Gildhoff 2015: 15f.). Wustmann Seiler (2012: 28-33) beschreibt folgende drei Merkmale:

- Resilienz als ein dynamischer Anpassungs- und Entwicklungsprozess
- Resilienz als eine variable Grösse
- Resilienz ist situationsspezifisch und multidimensional

Dynamischer Anpassungs- und Entwicklungsprozess

In der früheren Zeit der Resilienzforschung wurde Resilienz als ein angeborenes Persönlichkeitsmerkmal bezeichnet (vgl. Aichinger 2011: 27). Zum heutigen Zeitpunkt hingegen wird Resilienz als eine Fähigkeit beschrieben, welche ein Kind im Verlauf seiner Entwicklung, in der Interaktion zwischen sich selbst und seiner Umwelt erwirbt. Dies hat zu bedeuten, dass die Entwicklung des resilienten Verhaltens, durch die Person selbst sowie

auch deren Umwelt beeinflusst wird. Dies zeigt zudem auf, dass das Kind aktiv in seine Umwelt einwirkt und sie mitgestaltet (vgl. Wustmann Seiler 2012: 28f.). Resilienz kann deshalb nicht als eine Immunität verstanden werden, da sie sich während der Entwicklung verändern kann (vgl. Aichinger 2011: 27).

Variable Grösse

Resilienz ist keine stabile Einheit und bedeutet nicht die absolute Unverletzlichkeit gegenüber Risiken. Folglich wird Resilienz auch als eine variable Grösse bezeichnet (vgl. Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2019: 10). Ein Kind, welches zu einem bestimmten Zeitpunkt resilient war, bleibt nicht für immer resilient. Es kann aufgrund anderer Risikoeinflüsse verletzlicher sein und Schwierigkeiten beim Bewältigen einer neuen Krisensituation aufweisen (vgl. Wustmann Seiler 2012: 30). Insofern kann Resilienz als eine «elastische» (Bender & Lösel 1998, zit. nach Wustmann Seiler 2012: 31) Widerstandsfähigkeit bezeichnet werden. Für die Prävention ist dieses Merkmal von grosser Bedeutung. Studien belegen, dass die Unterstützung für resiliente Kinder sichergestellt werden sollte, da die Gefahr besteht, dass sie im Verlauf ihres Lebens verletzlicher werden (vgl. Wustmann Seiler 2012: 31).

Situationsspezifisch und multidimensional

Infolgedessen, dass Resilienz eine variable Grösse ist, kann sie weder als stabil bezeichnet, noch kann sie auf alle Lebensbereiche eines Menschen übertragen werden (vgl. Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2019: 11). Untersuchungen konnten belegen, dass beispielsweise ein Kind, welches stets elterlichen Streitigkeiten ausgesetzt ist, resilientes Verhalten in den schulischen Leistungen aufzeigen kann. Hingegen zeigt es im sozialen Kontext und in zwischenmenschlichen Beziehungen, kein resilientes Verhalten. Deshalb wird Resilienz als situationsspezifisch und multidimensional charakterisiert (vgl. Wustmann Seiler 2012: 32).

Nachdem der Begriff der Resilienz zunächst definiert und anschliessend die Merkmale aufgeführt wurden, folgt im nächsten Kapitel die Darlegung der Konzepte der Resilienzforschung.

4.2 Konzepte der Resilienzforschung

Ein wichtiger Leitsatz der Resilienzforschung ist, dass sich die Resilienz in der Bewältigung der Risiken zeigt. Daher bildet die Risikoforschung einen wichtigen Bestandteil im Resilienzkonzept (vgl. Zander 2010: 30). Auch die Schutzfaktoren sollten Beachtung finden. Denn letztlich beeinflussen sich die Risiko- und Schutzfaktoren gegenseitig und beide Aspekte haben einen Einfluss auf die Entwicklung der Kinder (vgl. Rönnau-Böse/Fröhlich-Gildhoff 2015: 11). Das Risiko- und Schutzkonzept sind zwei zentrale Konzepte, welche in der Resilienzforschung wichtige Komponenten darstellen (vgl. Wustmann Seiler 2012: 36). In den zwei folgenden Unterkapiteln werden beide Konzepte differenziert aufgeführt. Anschliessend wird auf die Resilienzfaktoren eingegangen.

4.2.1 Risikofaktorenkonzept

Im nachfolgend aufgeführten Konzept, stehen Faktoren im Mittelpunkt, welche die kindliche Entwicklung beeinträchtigen oder gefährden können (vgl. Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2019: 21). Laut Wustmann Seiler (2012: 36) werden heute zwei Merkmalsgruppen des Risikofaktorenkonzept unterschieden. Einerseits gibt es die Vulnerabilitätsfaktoren, welche sich auf die psychischen oder biologischen Merkmale eines Kindes beziehen. Die Vulnerabilitätsfaktoren werden zudem in primär und sekundär Faktoren unterteilt. Zu den primären Faktoren zählen beispielsweise neuropsychologische Defizite oder genetische Faktoren. Eine unsichere Bindungsorganisation wird als ein sekundärer Vulnerabilitätsfaktor bezeichnet (vgl. Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2019: 22). Die psychosozialen Merkmale, genannt Risikofaktoren oder Stressoren, spielen ebenfalls eine Rolle. Die Risikofaktoren finden sich hingegen im sozialen Umfeld des Kindes. Darunter zählen beispielsweise chronische Armut, elterliche Scheidung, Kriminalität der Eltern oder auch die psychische Erkrankung eines bzw. beider Elternteile (vgl. ebd.). In Bezugnahme auf Renschmidt (1988) legt Wustmann Seiler (2012: 37f.) dar, dass Vulnerabilitätsfaktoren mit der Zunahme des Alters an Bedeutung verlieren. Vielmehr beeinflussen mit steigendem Alter die psychosozialen Merkmale die Entwicklung. Wichtig scheint es zu erwähnen, dass das Risikofaktorenkonzept auch als Wahrscheinlichkeitskonzept bezeichnet wird. Denn Risikobedingungen sind nicht immer mit Entwicklungsstörungen verknüpft. Es wird davon ausgegangen, dass bereits eine Vulnerabilität beim Kind vorausgesetzt sein muss (vgl. ebd.: 36). Zudem hängt eine gefährdete Entwicklung eines Kindes mit weiteren Aspekten zusammen. Einer Risikobedingung ausgesetzt zu sein, beeinträchtigt somit nicht direkt die Entwicklung (vgl. ebd.). Zum einen spielt die Kumulation von Belastungen eine wichtige Rolle. Viele Studien haben aufgezeigt, dass Risikofaktoren nicht einzeln auftreten. Oftmals

werden Kinder, welche beispielsweise mit einem alleinerziehenden Elternteil aufwachsen, auch mit Armut oder mit der psychischen Erkrankung des Elternteils konfrontiert. Es zeigt sich, dass je mehr Risikofaktoren ein Kind ausgesetzt ist, desto höher ist das Risiko, für eine beeinträchtigte Entwicklung (vgl. Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2019: 25).

Nebst der Kumulation spielt auch die Dauer der Belastungen eine Rolle. Je öfter und länger ein Kind der Belastung ausgesetzt ist, desto eher kristallisiert sich eine fehlangepasste Entwicklung heraus (vgl. ebd.: 25f.). Wie die Kumulation von Risikofaktoren ein wesentlicher Einfluss hat, so beeinflusst auch die zeitliche Abfolge des Auftretens der Risikofaktoren die Entwicklung. Umso früher ein Kind einer Risikobelastung ausgesetzt ist, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit, dass weitere Risikofaktoren zu späteren Zeitpunkten, die Entwicklung beeinträchtigen können (vgl. Wustmann Seiler 2012: 41). Zwei weitere Kriterien sind das Alter und der Entwicklungsstand eines Kindes. Die Wirkung eines Risikofaktors unterscheidet sich je nach Lebensjahr und Entwicklungsstand (vgl. ebd.: 42f.). Beispielsweise ist in der Säuglingszeit bspw. eine Unterernährung schwerwiegender, da das Kind viele Entwicklungsschritte überwinden muss. In der Kindheit hingegen gewinnen familiäre Risiken mehr an Bedeutungen (vgl. Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2019: 26). Des Weiteren spielt auch das Geschlecht des Kindes eine grosse Rolle. Es zeigen sich klare Unterschiede, wann ein Mädchen oder ein Junge anfälliger auf Belastungen reagiert. So sind beispielsweise die Jungen im Kindesalter für Störungen anfälliger. Allerdings zeigt sich eine Anfälligkeit für Störungen bei Mädchen in der Pubertät. Dies unter anderem, da Mädchen sensibel auf die körperliche und hormonelle Veränderung reagieren (vgl. Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2019: 27). In Bezug auf die «Mannheimer Risikokinderstudie» legt Wustmann Seiler (2012: 43) dar, dass bei einer mütterlichen Depression, beide Geschlechter mehr Verhaltensprobleme im Vergleich zur Kontrollgruppe aufzeigten. War hingegen der Vater psychisch erkrankt (Alkoholproblematik), wiesen mehrheitlich die Jungen Verhaltensprobleme auf. Einen grossen Einfluss auf die Auswirkung hat das Kriterium der subjektiven Bewertung der Risikobelastung. Kinder bewerten eine schwierige Situation unterschiedlich. Es kann durchaus sein, dass eine elterliche Scheidung für ein Kind eine Erleichterung, hingegen für andere eine Stresssituation darstellt (vgl. Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2019: 27). Es gilt deshalb festzuhalten, dass der gleiche Risikofaktor unterschiedliche Effekte haben kann. Deshalb ist es unerlässlich, die Perspektive des Kindes einzubeziehen (vgl. Wustmann Seiler 2012: 44). Damit Resilienz entwickelt werden kann, braucht es nicht nur Belastungssituationen, sondern auch Faktoren, welche die Risiken minimieren. Infolgedessen müssen auch Schutzfaktoren betrachtet werden (vgl. Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2019: 20). Im nachfolgenden Kapitel findet eine Auseinandersetzung mit dem zweiten wichtigen Bestandteil «Schutzfaktorenkonzept» statt.

4.2.2 Schutzfaktorenkonzept

Während im Risikofaktorenkonzept die Faktoren, welche die kindliche Entwicklung beeinträchtigen können im Fokus stehen, werden im Schutzfaktorenkonzept jene Faktoren thematisiert, welche eine schützende bzw. protektive Funktion haben. In Bezugnahme auf Rutter (1990) legen Fröhlich-Gildhoff und Rönnau-Böse (2019:18) folgende Definition von Schutzfaktoren fest: «Schutzfaktoren werden als Merkmale beschrieben, die das Auftreten einer psychischen Störung oder einer unangepassten Entwicklung verhindern oder abmildern sowie die Wahrscheinlichkeit einer positiven Entwicklung erhöhen» (Rutter 1990, zit. nach Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2019: 28). Weiter nach Rutter (1990) hält Wustmann Seiler (2012: 45) fest, dass ein Schutzfaktor besonders und ausschliesslich wirksam ist, wenn eine Risikobelastung bzw. Gefährdung vorliegt. Folglich bedeutet dies, dass immer eine Risikosituation bestehen muss, damit ein Schutzfaktor wirksam werden kann (vgl. Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2019: 28). Wenn sich ein Schutzfaktor abgesehen von einer Gefährdung positiv auswirkt, bezeichnet Wustmann Seiler (2012: 45), in Bezugnahme auf Scheithauer et al. (2000), dies als eine förderliche Bedingung.

Die Schutzfaktoren werden in der Literatur auf unterschiedliche Art und Weisen kategorisiert. In der vorliegenden Arbeit werden die Kategorisierung der Schutzfaktoren, wie bereits die Definition des Begriffs Resilienz, in Anlehnung an Wustmann Seiler dargelegt. Die Schutzfaktoren lassen sich zum einen in personale Ressourcen des Kindes sowie soziale Ressourcen aufteilen. Die sozialen Ressourcen lassen sich erneut in drei Ebene einteilen: Schutzfaktoren innerhalb der Familie, in den Bildungsinstitutionen und im sozialen Umfeld (vgl. Wustmann Seiler 2012: 115f.). Für die nachfolgenden Ausführung der Schutzfaktoren nimmt Wustmann Seiler (2012: 46) Bezug auf verschiedene empirische Untersuchungen. Zu den personalen Ressourcen gehören die kindbezogene Faktoren. Darunter zählen die Eigenschaften, welche das Kind seit der Geburt aufweist. Beispielsweise gehören «intellektuelle Fähigkeiten, positive Temperamenteigenschaften, erstgeborenes Kind oder weibliches Geschlecht (in der Kindheit)» dazu (Wustmann Seiler 2012: 115).

Ebenfalls in Bezugnahme auf Wustmann (2016) legen Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse (2019: 30) folgende soziale Ressourcen innerhalb der Familie dar:

- Mindestens eine stabile Bezugsperson, die Vertrauen und Autonomie fördert
- autoritativer / demokratischer Erziehungsstil
- Zusammenhalt, Stabilität und konstruktive Kommunikation in der Familie
- enge Geschwisterbindungen
- altersangemessene Verpflichtungen des Kindes im Haushalt

- hohes Bildungsniveau der Eltern
- harmonische Paarbeziehung der Eltern
- unterstützendes familiäres Netzwerk (Verwandtschaft, Freunde, Nachbarn)
- hoher sozioökonomischer Status

Nebst den sozialen Ressourcen innerhalb der Familie besitzen resiliente Kinder, emotionale und soziale Unterstützung in Bildungsinstitutionen sowie im weiteren sozialen Umfeld. Bezugspersonen ausserhalb des familiären Umfelds gewinnen für die Entwicklung der Resilienz an Bedeutung. Sie stellen zum einen alternative Modelle dar, welche das künftige Verhalten des Kindes in schwierigen Situationen beeinflussen kann. Zum anderen bieten sie weitere Hilfestellungen und Anregungen für Bewältigungsstrategien an. Auch Peerkontakte und stützende Freundschaften stellen für Kinder einen Schutzfaktor dar (vgl. Aichinger 2011: 30). Durch den Kontakt mit den Peers können sich Kinder von den schwierigen Situationen des Alltags ablenken, erhalten Rat und positives Feedback und sammeln positive Erfahrungen in menschlichen Beziehungen. Zudem werden in Peer-Interaktionen und Beziehungen wichtige Eigenschaften wie Empathie, Kommunikationsfähigkeit und zwischenmenschliches Bewusstsein gefördert. Auch Peers können positive Rollenmodelle darstellen. Durch das gegenseitige Beobachten können Kinder voneinander lernen, wie beispielsweise Konflikte bewältigt werden können (vgl. Wustmann Seiler 2012: 112). Abgesehen von sozialen Kontakten kristallisierte sich die Schule als Institution ebenfalls als einen Schutzfaktor heraus. Klare Strukturen und transparente Regeln, sowie Wertschätzung und Respekt gegenüber den Kindern und positive Verstärkung für ihre erbrachten Leistungen beeinflussen die kindliche Entwicklung positiv. Zudem ist das Vorhandensein der Schulsozialarbeit auch ein weiterer Grund, weshalb die Schule als ein protektiver Faktor bezeichnet werden kann. Die genannten schulischen Bedingungen können einiges zur Förderung von Resilienz bzw. von Resilienzfaktoren, welche im nächsten Kapitel noch differenzierter erläutert werden, beitragen (vgl. ebd.: 113f.).

Zu den Schutzfaktoren im weiteren sozialen Umfeld gehören soziale Einrichtungen und professionelle Hilfsangebote wie z.B. Beratungsstellen, Angebote für Familien sowie auch Sportvereine. Ebenfalls haben weitere kompetente und fürsorgliche Erwachsene ausserhalb der Familie und Schule einen hohen Stellenwert für die Entwicklung der Resilienz. Durch diese können Kinder Vertrauen aufbauen, Sicherheit erfahren und haben weitere positive Rollenmodelle. Ebenfalls weisen sich Werte und Normen in der Gesellschaft als protektive Faktoren auf (vgl. ebd.: 116).

Abschliessend ist es wichtig festzuhalten, dass die personalen und sozialen Ressourcen miteinander zusammenhängen und in einer Wechselwirkung miteinander stehen. Einige personale Ressourcen entwickeln sich erst im Austausch zwischen dem Kind und seiner

Umwelt (vgl. Plass/Wiegand-Grefe 2012: 77). Zudem muss ein Kind nicht in allen Bereichen Schutzfaktoren aufweisen, um als resilient bezeichnet zu werden. Hauptsächlich geht es darum, dass Kinder erleben, dass sie Aufgaben und schwierige Situationen bewältigen, und auf diese Einfluss nehmen können. Umso mehr Unterstützung ein Kind erhält, desto leichter kann es schwierige Situationen bewältigen (vgl. Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2019: 31). In der Resilienzforschung ist man sich einig, dass die Schutzfaktoren im jeweiligen sozialen und kulturellen Kontext gesehen werden und diese nur im Einzelfall eindeutig bestimmt werden (vgl. Zander 2011b: 301). In der Kategorie der personalen Ressourcen fügt Wustmann Seiler (2012: 115) die Resilienzfaktoren hinzu, welche sich aus verschiedenen Studien ergeben haben. Im nachfolgenden Kapitel werden diese differenziert erläutert.

4.2.3 Resilienzfaktoren

Wie bereits im Kapitel 4.2.2 beschrieben, gibt es soziale und personale Ressourcen. Die Resilienzfaktoren zählen zu den personalen Ressourcen (vgl. Wustmann 2012: 115). Im Vergleich zu den kindbezogenen Ressourcen sind Resilienzfaktoren nicht angeboren oder genetisch bedingt, sondern sie werden erlernt (vgl. Rönnau-Böse/Fröhlich-Gildhoff 2015: 11). Laut Wustmann Seiler (2012: 46) erlernt ein Kind diese Faktoren in der Interaktion mit seiner Umwelt und durch die Bewältigung bestimmter Entwicklungsaufgaben. Da bereits viele Studien die Resilienzforschung bereichern, gibt es demzufolge unterschiedliche Zählungen von Resilienzfaktoren. In der vorliegenden Arbeit werden die Resilienzfaktoren in Anlehnung an Fröhlich-Gildhoff und Rönnau-Böse dargelegt. In Bezugnahme auf verschiedene relevante Resilienzstudien erläutern sie sechs Kompetenzen, welche die Bewältigung von schwierigen Situationen positiv fördern. Die folgenden sechs Faktoren stehen in einem engen Zusammenhang zueinander. Folglich werden einige Faktoren vorausgesetzt, um die weiteren auszubauen (vgl. Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2019: 42).

Selbst- und Fremdwahrnehmung: Unter Selbstwahrnehmung versteht sich die angemessene und vollumfängliche Wahrnehmung der eigenen Gefühle, Handlungen und Gedanken. Die Fähigkeit zur Selbstreflexion, also über sich selbst nachdenken und sich in Beziehung zu sich selbst setzen können, spielt dabei eine wesentliche Rolle (vgl. Rönnau-Böse/Fröhlich-Gildhoff 2015: 17). Neben der Selbstreflexivität umfasst die Selbstwahrnehmung zwei weitere relevante Komponenten. Zum einen das Selbstkonzept, das eine stabile seelische Grundstruktur ist, welche sich anhand von Erfahrungen ändern kann. Zum anderen die Selbstwahrnehmung im engeren Sinne, welche die Fähigkeit der Differenzierung zwischen dem Selbst und den anderen Menschen bedingt (vgl. Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2019: 45f.). Die Fremdwahrnehmung hingegen bezieht sich auf das

Gegenüber. Dabei geht es erneut um die angemessene Einschätzung und Wahrnehmung der Emotionen sowie sich in deren Sichtweisen versetzen zu können (vgl. Rönna-Böse/Fröhlich-Gildhoff 2015: 17).

Selbstregulation: Dieser Resilienzfaktor beschreibt die Fähigkeit der Aufrechterhaltung der eigenen Gefühle und Spannungszustände. Des Weiteren geht es um die selbständige Beeinflussung und Kontrolle deren Intensität und Dauer und somit um die Regulation des eigenen Verhaltens. Dazu gehört auch das Wissen über Strategien, welche wirkungsvoll für die Selbstberuhigung sind oder welche Handlungsalternativen es gibt (vgl. Rönna-Böse/Fröhlich-Gildhoff 2015: 18). In Bezug auf die Resilienz versteht sich die Fähigkeit der Selbstregulation auf belastenden Situationen, emotional flexibel reagieren und je nach Bedarf den Erregungszustand herauf- oder herunter regulieren zu können (vgl. Fröhlich-Gildhoff/Rönna-Böse 2019: 49).

Selbstwirksamkeit: In Anlehnung an Bandura (1979) beschreiben Roos und Grünke (2011: 417) Selbstwirksamkeit als das Zutrauen und die Überzeugung eines Menschen, mit eigenen Kompetenzen, eine schwierige Situation erfolgreich bewältigen zu können. Rönna-Böse und Fröhlich-Gildhoff (2015: 18) schreiben den eigenen Erwartungen, etwas durch sein Handeln bewirken zu können, eine grosse Bedeutung zu. Nämlich steuern die Erwartungen bereits im Voraus, ob und wie an eine Aufgabe herangegangen wird. Somit ist die Selbstwirksamkeit bereits vor der eigenen Handlung bedeutsam. Menschen, welche eine negative Erwartung haben, meiden die Situation und versuchen diese gar nicht zu bewältigen. Sie schätzen ihre Erfolgchancen als negativ ein. Hingegen diejenigen, welche sich als selbstwirksam einschätzen und somit positive Erwartungen haben, trauen sich die Bewältigung einer Situation zu und führen diese auch durch (vgl. Wustmann Seiler 2012: 101). Für die Erwartungen bezüglich des eigenen Handelns, sind die Erfahrungen, welche in den ersten Lebensjahren gemacht werden, bedeutsam (vgl. Fröhlich-Gildhoff/Rönna-Böse 2019: 46).

Soziale Kompetenz: Folgender Resilienzfaktor beschreibt die Fähigkeit, sich im Umgang mit seinen Mitmenschen angemessen zu verhalten, Empathie gegenüber seinen Mitmenschen zu zeigen, sich selbst behaupten und Konflikte adäquat lösen zu können. Des Weiteren gehört zur sozialen Kompetenz auch das aktive und angebrachte Zugehen auf Menschen, die Kontaktaufnahme sowie die zwischenmenschliche Kommunikationsfähigkeit. Die Fähigkeit sich soziale Unterstützung zu holen wenn dies erforderlich ist, zählt ebenfalls zur sozialen Kompetenz (vgl. Rönna-Böse/Fröhlich-Gildhoff 2015: 19). Die soziale Kompetenz wird durch Erfahrungen, welche ein Kind erlebt, durch das Alter, durch die

geltenden Normen und Werte und die Bedeutung der beteiligten Personen beeinflusst. Dennoch sind weitere Elemente für die Entwicklung von sozialer Kompetenz wesentlich (vgl. Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2019: 50f.). Zum einen gehört die Informationsverarbeitung dazu, welche sich mit den Resilienzfaktoren Selbstwahrnehmung und Selbstwirksamkeit überschneidet. Die soziale Kompetenz wird nämlich von der Informationsverarbeitung und der Wahrnehmung beeinflusst. Beispielsweise wirkt sich ein niedriges Selbstwerterleben auf das Verhalten aus, was wiederum die Handlungsmöglichkeit in einer sozialen Situation einschränkt. Ein weiteres wichtiges Element ist die emotionale Kompetenz. Die emotionale Kompetenz beschreibt die Fähigkeit sich seinen eigenen Emotionen bewusst zu sein und diese verbal ausdrücken und regulieren zu können. Folglich ist die emotionale Kompetenz eine Voraussetzung für Empathie (vgl. ebd.: 51). Abschliessend ist die Selbstreflexion eine weitere wichtige Komponente, welche für die Erkennung der eigenen Interessen und Wünsche, somit für die Selbstbehauptung und für das Holen von sozialer Unterstützung wesentlich ist (vgl. ebd.: 52).

Problemlösen: Diese Fähigkeit ist eine lebens- und lernbereichübergreifende Kompetenz. Sie ist erforderlich, um schwierige Situationen bewältigen zu können. Auch für die Weiterentwicklung und Ausbildung der Gehirnstrukturen ist die Fähigkeit Probleme zu lösen relevant (vgl. Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2019: 54). Um diesen Resilienzfaktor zu beschreiben, nehmen Rönnau-Böse und Fröhlich-Gildhoff Bezug auf Leutner et al (2005). Sie beschreiben die Problemlösefähigkeit als eine Fähigkeit, «komplexe, fachlich nicht eindeutig zuzuordnende Sachverhalte, gedanklich zu durchdringen und zu verstehen, um dann unter Rückgriff auf vorhandenes Wissen Handlungsmöglichkeiten zu entwickeln, zu bewerten und erfolgreich umzusetzen» (Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2019, zit. nach Leutner et al 2005: 125).

Es handelt sich darum Probleme zu analysieren, Lösungsmöglichkeiten abzuwägen und auszuprobieren (vgl. Rönnau-Böse/Fröhlich-Gildhoff 2015: 19). Die dargelegte Fähigkeit setzt voraus, dass ein gewisses Mass an Selbstvertrauen, Sozialkompetenz und die Fähigkeit, sich soziale Unterstützung zu holen, vorhanden ist (vgl. Wustmann Seiler 2012: 100).

Adaptive Bewältigungskompetenz: Bei dieser Fähigkeit handelt es sich um die angemessene Einschätzung, Bewertung und Reflexion einer Stresssituation. Dies um dann die eigenen Ressourcen zu aktivieren, umzusetzen und die Situation mit passenden Bewältigungsstrategien zu meistern. Weiter gehört zu diesem Resilienzfaktor das Erkennen der eigenen Kompetenzen und Grenzen und folglich die Fähigkeit soziale Unterstützung einzufordern (vgl. Rönnau-Böse/Fröhlich-Gildhoff 2015: 19).

Die dargelegten Resilienzfaktoren können die Entwicklung positiv beeinflussen und die Widerstandsfähigkeit der Kinder, in schwierigen Situationen fördern. Es kann davon ausgegangen werden, dass Kinder in Besitz dieser Faktoren als resilient bezeichnet werden können (vgl. Fröhlich-Gildhoff/Rönnau Böse 2019: 46).

Nach der Auseinandersetzung mit den Konzepten der Resilienzforschung, ergibt sich die Frage wie die Resilienz gefördert werden kann. Im nachfolgenden Kapitel wird diese Frage bearbeitet.

4.3 Resilienzförderung

Die Ergebnisse der Resilienzforschung zeigen immer wieder auf, dass präventive Unterstützung und Förderung, die Entwicklung der Kinder positiv beeinflussen. Demzufolge werden die Begriffe Prävention und Resilienz oft gemeinsam erwähnt. Prävention beschreibt den Prozess durch gezielte Massnahmen, das Auftreten von Entwicklungsrisiken und deren Einflüssen zu vermindern oder zu verhindern (vgl. Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2019: 58). Folglich können diese beiden Begriffe als Massnahmen der Resilienzförderung im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung eingeordnet werden können (vgl. ebd.: 64). Als primäre Ziele der Präventions- und Interventionsmassnahmen in Bezug auf die Resilienz, kristallisieren sich die Förderung der Resilienz- und Schutzfaktoren und die Reduktion der Risikoeinflüsse heraus (vgl. Wustmann Seiler 2012: 122). Die Ziele werden gemäss Wustmann Seiler (2012: 122) folgendermassen detailliert beschreiben:

- Auftreten von Risikoeinflüsse und deren Folgen zu vermindern
- Veränderung der kognitiven Bewertungsprozesse in Bezug auf Stress- und Risikowahrnehmung beim Kind
- Erhöhung der sozialen Ressourcen in der Umwelt des Kindes
- Erhöhung der personalen Ressourcen
- Qualitätsverbesserung der interpersonellen Prozesse (Bindungsqualität, Erziehungsqualität und Qualität sozialer Unterstützung)

Somit wird ersichtlich, dass der Fokus der Resilienzförderung sein muss, Entwicklungsrisiken und ihre Wirkung zu beseitigen oder zu vermindern sowie positive Bedingungen zu schaffen und kindliche Kompetenzen zu fördern (vgl. Wustmann Seiler 2015: 122). In Anlehnung an Daniel und Wassel (2002) legen Fröhlich-Gildhoff und Rönnau-Böse (2019: 64) dar, dass die drei Faktoren positives Selbstwertgefühl, Gefühl der Selbstwirksamkeit und eine sichere Bindung, für die Resilienzförderung zentral sind. Die Resilienzförderung kann auf der individuellen und auf der Beziehungsebene stattfinden (vgl. Wustmann Seiler 2012: 125). Die Resilienzförderung auf beiden Ebenen wird nachfolgend erläutert.

Resilienzförderung auf der individuellen Ebene

Die Resilienzförderung auf der individuellen Ebene, setzt direkt beim Kind an. Auf dieser Ebene wird vor allem die Förderung der oben genannten Resilienzfaktoren (vgl. Kapitel 4.2.3) fokussiert (vgl. Wustmann Seiler 2015: 123).

Förderung der Selbstwahrnehmung

Um diesen Resilienzfaktor zu fördern, sind die Kinder auf die Unterstützung seitens der Erwachsenen angewiesen. Durch diese Unterstützung, kann bei Kindern ihre Sensibilität für ihren Körper und insbesondere für ihre Gefühle erhöht werden. Dabei ist es wichtig, dass die Erwachsenen ihre Gefühle spiegeln und durch konkrete Benennung ausdrücken. Für die Kinder ist es wichtig, dass sie Gefühle wie Angst, Wut, Trauer und Freude differenzieren können (vgl. Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2019: 45).

Förderung der Selbstregulation

Für die Förderung der Selbstregulation ist ein emotional positives Familienklima von Bedeutung. Dies beinhaltet auch, dass in der Familie ein offener Umgang mit Gefühlen besteht, wo über Gefühle gesprochen wird. Zudem ist bei der Emotionsregulation, die Unterstützung seitens der Erwachsenen unerlässlich. Die Unterstützung kann durch das Benennen von Gefühlen oder das Aufzeigen von Alternativen zum Umgang bei belastenden Situationen erfolgen (vgl. Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2019: 49).

Förderung der Selbstwirksamkeit

Damit die Selbstwirksamkeit gefördert werden kann, müssen Kinder im Alltag Erfahrungen machen dürfen, indem sie Verantwortung übernehmen und sich in unterschiedlichen Alltagssituationen beteiligen können (vgl. Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2019: 48). Erwachsene spielen diesbezüglich eine wichtige Rolle. Indem sie ihren Kindern Vertrauen schenken oder ihnen signalisieren, dass sie ihnen etwas zutrauen, fördern sie deren Selbstwirksamkeit (vgl. Rönnau-Böse/Fröhlich-Gildhoff 2015: 90). Wichtig ist zudem, den Kindern stets ihre Stärken und Kompetenzen aufzuzeigen (vgl. Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2019: 48).

Förderung der sozialen Kompetenz

Auch für diesen Resilienzfaktor brauchen Kinder Erwachsene als Modelle mit deren Hilfe sie lernen, Emotionen, Mimik und Gestik, nachvollziehbar und stimmig einzuordnen. Die Kinder lernen Reaktionen angemessen einzuschätzen und daraus folgende Handlungen nachzuvollziehen (vgl. Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2019: 52). Klare Regeln und Abläufe bei der Lösung von Konflikten und anschließender Reflexion, unterstützen die Kinder, sich

in andere hineinzusetzen und Lösungsstrategien zu entwickeln (vgl. Rönnau-Böse/Fröhlich-Gildhoff 2015: 91).

Förderung der Problemlösefähigkeit

Wie bei den vorgängig beschriebenen Resilienzfaktoren, spielen auch für diese Fähigkeit die Erwachsenen eine Rolle. Den Kindern soll zugetraut werden, dass sie Probleme selbständig lösen können. Erst wenn nach Ermutigungen seitens der Erwachsenen das Ziel nicht erreicht werden kann und das Kind um Unterstützung bittet, sollte eingeschritten werden (vgl. Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2019: 56). Dabei soll sich das Kind bewusst werden, welche Lösung zu einem Problem gebraucht wird, um diese in einer ähnlichen Situation erneut nutzen zu können. Kinder in Planungs- und Entscheidungsprozessen einzubeziehen, wirkt fördernd (vgl. Rönnau-Böse/Fröhlich-Gildhoff 2015: 91).

Förderung der adaptiven Bewältigungskompetenz

Für die Förderung dieses Resilienzfaktors ist es wichtig, dass mit den Kindern für sie stressauslösende Situationen reflektiert werden. Aufgrund der Reflexion kann mit den Kindern, für sie angemessene Bewältigungsstrategien erarbeitet werden (vgl. Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2019: 54). Es ergeben sich Möglichkeiten wie beispielsweise Entspannungsübungen, Bewegungsangebote oder das Aufzeigen von Rückzugsorten (vgl. Rönnau-Böse/Fröhlich-Gildhoff 2015: 92).

Wichtig festzuhalten gilt, dass nicht nur einzelne Resilienzfaktoren für die Resilienzförderung von Bedeutung sind, sondern auch die weiteren personalen und vor allem sozialen Schutzfaktoren (vgl. Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2019: 64). Untersuchungen der Resilienzforschung zeigen auf, dass die Erwachsenen-Kind-Interaktion für die Resilienzförderung entscheidend ist, damit Kinder Bewältigungsstrategien entwickeln können. Somit soll die Resilienz auf der individuellen sowie Beziehungsebene gefördert werden. Denn nur durch eine aktive und direkte Interaktion mit anderen Menschen, können die Kinder ein Gefühl von Handlungskompetenz, Bedeutsamkeit und Gestaltungsmöglichkeit entwickeln (vgl. Aichinger 2011: 35).

Resilienzförderung auf der Beziehungsebene

Neben der Resilienzförderung auf der individuellen Ebene, kann die Resilienz auch über die Beziehungsebene zwischen Eltern und Kind gefördert werden (vgl. Wustmann Seiler 2012: 133). Für die Resilienzförderung auf der Beziehungsebene wird vor allem die Stärkung der Beziehungs- und Erziehungskompetenzen der Bezugspersonen fokussiert (vgl. Aichinger 2011: 34). Die Absicht liegt darin, den Eltern oder weiteren Erziehungspersonen bewusst

aufzuzeigen, dass resilientes Verhalten in der täglichen Interaktion gefördert werden kann. Des Weiteren können Kinder durch Interaktionen, in denen die Eltern eine wesentliche Rolle spielen, Bewältigungsstrategien entwickeln (vgl. Wustmann Seiler 2012: 133). Denn generell kann jede Erziehungsperson in ihrem alltäglichen Handeln dazu beitragen, dass das Kind Vertrauen in sich selbst und in die eigenen Kompetenzen gewinnt. So lernt es, sich als selbstwirksam und wertvoll zu erleben (vgl. ebd.). Hierbei ist es wichtig, wie bereits beim Abschnitt der Resilienzförderung auf der individuellen Ebene erläutert, Kinder in Entscheidungsprozesse einzubeziehen, damit sie sich als selbstwirksam erleben. Infolgedessen soll den Kindern auch Verantwortung geschenkt werden, damit sie lernen selbstbestimmt zu handeln und Vertrauen in ihre Fähigkeiten erlernen. Wenn Kinder Aufgaben erhalten, welche sie meistern können, haben sie Erfolgserlebnisse und erfahren Gefühle der eigenen Kompetenz. Weiter sollte ihnen auch vermittelt werden, dass sie sich mit belastenden Situationen an ihre Eltern oder auch an andere Personen ihres sozialen Netzwerks wenden können. So lernen sie, dass eine Auseinandersetzung mit Problemen stattfinden kann und soll und Konflikte gelöst werden können (vgl. ebd.: 135f.). Damit Eltern ein solches positives Erziehungsverhalten auch umsetzen können, sollten sie in ihren elterlichen Fähigkeiten unterstützt und geschult werden.

Insbesondere folgende elterliche Kompetenzen sollten gefördert werden:

- Autoritativer Erziehungsstil
- Kommunikationsfähigkeit in der Eltern-Kind-Beziehung
- Positives Modellverhalten
- Effektive Erziehungstechniken (bsp.: positive Verstärkung)
- Elterliches Kompetenzgefühl
- Konfliktlösestrategien der Eltern (vgl. Wustmann Seiler 2012: 137).

Es wird ersichtlich, dass zwischen der Förderung auf der individuellen und Beziehungsebene ein wichtiger Zusammenhang besteht und deshalb beide Ebenen Beachtung erhalten müssen. Da es sich in der vorliegenden Arbeit um Kinder, welche eine an einer affektiven Störung erkrankten Mutter haben, handelt, wird im nachfolgenden Kapitel auf die Resilienzförderung von Kinder mit einer an einer affektiven Störung erkrankten Mutter eingegangen.

4.4 Resilienzförderung von Kindern mit einer an einer affektiven Störung erkrankten Mutter

In Bezug auf das Thema der Resilienz, Resilienzfaktoren und Resilienzförderung von Kindern mit einer an einer affektiven Störung erkrankten Mutter, liegt keine explizite Literatur vor. Die Verfasserin nimmt deshalb Bezug auf Literatur zum Thema Kinder psychisch kranker Eltern, welche das gesamte Thema umfassen.

Die aufgeführten Schutz- und Resilienzfaktoren erweisen sich als bedeutsam für eine positive kindliche Entwicklung. Grundsätzlich sind sie auch für Kinder psychisch kranker Eltern bedeutsam (vgl. Plass/Wiegand-Grefe 2012: 78). Demzufolge kann davon ausgegangen werden, dass sich diese Studien für Kinder mit einer an einer affektiven Störung erkrankten Mutter übertragen lässt.

Lenz und Kuhn (2011: 285) beschreiben als besonders wichtige personelle Faktoren für die Resilienzförderung, Eigenschaften wie ein aktives Temperament, hohes Selbstwertgefühl, Problemlösefähigkeit, Selbstwirksamkeitsüberzeugung und positives Selbstkonzept. Diese Ausführungen zeigen auf, dass die im vorangegangenen Kapitel genannte Förderung der Resilienzfaktoren, für Kinder mit einer an einer affektiven Störung erkrankten Mutter eine zentrale Bedeutung haben.

Bezüglich der sozialen Ressourcen, ist eine positive Beziehungsqualität für die Resilienz förderlich (vgl. Lenz/Wiegand-Grefe 2017: 36). Haben die Kinder längerfristig, mindestens eine gesunde Bindungsperson, welche eine emotionale und kognitive unterstützende Funktion hat, bestehen gute Entwicklungsmöglichkeiten (vgl. Pretis/Dimova 2016: 70). Den Kindern können so eine sichere Bindung gewährleistet, und Eigenständigkeit gefördert werden. Insbesondere ist eine sichere Bindung für die Förderung der oben aufgeführten personellen Faktoren von zentraler Bedeutung (vgl. Lenz/Wiegand-Grefe 2017: 37). Zusätzlich stellen ein guter Familienzusammenhalt und hohe Erziehungskompetenz der Eltern wichtige Faktoren dar (vgl. Plass/Wiegand-Grefe 2012: 78). Jedoch wie bereits im Kapitel 2.4 beschrieben, ist das Beziehungsverhalten der psychisch erkrankten Eltern bzw. Mütter oftmals eingeschränkt. Ihr Verhalten ist inkonsistent und ihre Beziehungs- und Kommunikationsfähigkeiten sowie Fähigkeit zur Grenzsetzung sind begrenzt (vgl. ebd.: 64). Folglich ist es für die Resilienzförderung der Kinder unerlässlich, die Eltern bzw. die Mütter in den Aspekten der Erziehungskompetenzen, welche im vorangegangenen Kapitel erläutert wurden, zu stärken.

Nicht nur innerfamiliäre Personen tragen zur Entwicklung von Resilienz bei, sondern auch soziale Ressourcen ausserhalb der engeren Familie. Dies können Lehrer, Erzieher, Verwandte oder Freunde sein. Diese Person kann die betroffenen Kinder in belastenden Situationen, wie in Krisenzeiten, begleiten und als stabilisierender Faktor wirken. Externe

Bezugspersonen können für sie als Ansprechperson fungieren und ihnen Schutz und Sicherheit bieten (vgl. Lenz/Wiegand-Grefe 2017: 37). Aber auch nicht belastende Bezugswelten oder Kontakte zu nicht belastenden Peers sind für betroffene Kinder ein wichtiger Schutzfaktor (vgl. Petris/Dimova 2016: 70). Die Schule sowie auch Sportvereine oder andere Freizeitgruppen können eine wirkungsvolle Unterstützung sein, welche den Kindern eine Erholung, Abwechslung und Ablenkung von den belastenden Situationen zu Hause bietet (vgl. Lenz/Wiegand-Grefe 2017 38).

Als ein wichtiger protektiver Faktor, welcher zur Förderung der Resilienz bei Kindern mit einem psychisch erkrankten Elternteil dient, ist die adäquate Aufklärung über die elterliche Erkrankung (vgl. Plass/Wiegand-Grefe 2012: 78). Im Fokus der Aufklärung sollten dabei nicht nur abstrakte Informationen über das Krankheitsbild, die Wirkung von Medikamenten oder Behandlungsformen stehen. Vielmehr sollte die Wissensvermittlung den Bedürfnissen und Fragen der Kinder, sowie am vorhandenen Wissen und ihren Vorstellungen und Erklärungsmuster angepasst sein (vgl. Lenz/Kuhn 2011: 287). Um Resilienz zu fördern, benötigen Kinder Verständnis über die mütterlichen Verhaltensweisen, sowie die Auswirkungen der Krankheit auf die Familie. Auch die daraus folgenden Alltagsbelastungen sollten thematisiert werden. Das Ziel der Aufklärung soll sein, dass sich das Verständnis der Kinder verbessert. So können Kinder Ressourcen mobilisieren und Belastungen bewältigen, damit sie ihr Wohlbefinden und ihre Gesundheit schützen können (vgl. Lenz/Wiegand-Grefe 2017: 38). Zudem soll die Informationsvermittlung über die psychische Erkrankung Mut, Hoffnung und positive Zukunftserwartungen vermitteln und sie in ihrer Selbstbestimmung und Selbstbemächtigung fördern. Durch Verständnis und Wissen über die elterliche bzw. mütterliche Erkrankung, können Kinder autonom ihre Lebensperspektive entwickeln (vgl. Lenz/Kuhn 2011: 288). Für eine gute Informationsvermittlung ist der Umgang mit der psychischen Erkrankung ein zentraler Faktor. Ein guter und adäquater Umgang, besteht aus der Einsicht und Akzeptanz des betroffenen wie auch dem gesunden Elternteil. Wichtig dabei ist, keine Überbewertung und Verleugnung der Krankheit zu machen sowie offene Gespräche innerhalb der Familie, wie auch mit weiteren Bezugspersonen zu führen (vgl. Lenz/Wiegand-Grefe 2017: 39f.). Ein offener und aktiver Umgang mit der Erkrankung, seitens der Eltern, begünstigen gleichzeitig eine angemessene Krankheitsbewältigung, welche für die kindliche Entwicklung relevant ist (vgl. Plass/Wiegand-Grefe 2012: 78). Des Weiteren gehören zu einer angemessenen Krankheitsbewältigung auch das Nutzen von Hilfsmöglichkeiten im sozialen Netzwerk, sowie weitere professionelle Hilfesysteme (vgl. Lenz/Wiegand-Grefe 2017: 38). Für die Resilienzförderung sind Systeme wie die Familie, das soziale Umfeld und die professionelle Hilfesysteme relevant. Im nachfolgenden Kapitel wird daher das Praxisfeld der ambulanten Hilfe zur Erziehung mit der Sozialpädagogischen Familienbegleitung, als professionelles Hilfesystem für die Resilienzförderung thematisiert.

5. Ambulante Hilfe zur Erziehung

Um die einhergehende Fragestellung dieser Arbeit vollumfänglich beantworten zu können, gilt es den letzten theoretischen Begriff bzw. Praxisfeld der Sozialen Arbeit «ambulante Hilfe zur Erziehung» darzulegen. Um die Hintergründe besser verstehen zu können, wird als erstes eine kurze Begriffsdefinition vorgenommen. Anschliessend werden der Auftrag und die Zielsetzungen der ambulanten Hilfe zur Erziehung dargelegt. Zum Abschluss dieses Kapitels wird das Angebot der Sozialpädagogischen Familienbegleitung näher beleuchtet und folglich die Möglichkeiten der Resilienzförderung in diesem Angebot aufgezeigt.

5.1 Begriffsdefinition

Zunächst wird ein kurzer Bezug zur Herkunft und Verbreitung des Begriffs «Hilfe zur Erziehung» gemacht. Der Begriff stammt ursprünglich aus dem Kinder- und Jugendhilfegesetz Deutschlands. Von dort aus hat dieser Begriff den Zugang in der deutschsprachigen Sozialen Arbeit gefunden und wird zunehmend auch in der Schweiz verwendet (vgl. Schnurr 2016: 3).

Hilfe zur Erziehung gehört zum Bereich der Sozialpädagogik, welcher wiederum dem Praxisfeld der Kinder- und Jugendhilfe angehört (vgl. ebd.). In Bezugnahme auf Hochuli-Freund und Stotz (2015: 25) beschäftigt sich die Kinder- und Jugendhilfe mit Entwicklungsproblemen von jungen Menschen beim Hineinwachsen in die Gesellschaft und mit Unterstützungsangeboten zur Bewältigung dieser Schwierigkeiten. Schnurr (2012: 68) bezeichnet die Kinder- und Jugendhilfe als ein Handlungsfeld, welches aus modernen Wohlfahrtsstaaten hervorgegangen ist. Es dient als Ergänzung zu den Systemen der Bildung, Familien- und Verwandtschaftssysteme und schafft Bedingungen, die das erfolgreiche Aufwachsen der Kinder und Jugendlichen ermöglicht. Der Grundleistungskatalog der Kinder – und Jugendhilfe enthält:

- «Allgemeine Förderung von Kindern, Jugendlichen und Familien
- Beratung und Unterstützung zur Bewältigung allgemeiner Herausforderungen und schwieriger Lebenslagen
- Ergänzende Hilfen zur Erziehung» (Bundesrat 2012: 23).

Die Hilfe zur Erziehung bzw. ergänzende Hilfe zur Erziehung, umfasst alle Leistungen, welche die Eltern bei der Umsetzung ihrer Erziehungsaufgaben unterstützen oder die erforderlich werden, wenn die Erziehungsverantwortung nicht mehr oder nur teilweise wahrgenommen werden kann (vgl. Schnurr 2016: 3). Der Begriff «ergänzend» soll aufzeigen, dass die Erziehung stets von den Eltern übernommen und nicht durch die Professionellen

der Sozialen Arbeit ersetzt wird (vgl. Biesel/Fellmann/Ahmed 2015: 13). Die Hilfen werden weiter unterteilt in stationär, teilstationär, ambulant und Pflegefamilien (vgl. Schnurr 2014: 4). Im nachfolgenden Kapitel wird auf den Auftrag sowie die Zielsetzung der ambulanten Hilfen zur Erziehung eingegangen.

5.1.1 Auftrag und Zielsetzung der ambulanten Hilfe zur Erziehung

Für den Zugang zur Hilfe zur Erziehung gibt es drei Möglichkeiten. Einerseits der allgemeine Zugang, bei welchem die Betroffenen selbständig entscheiden, Hilfe in Anspruch zu nehmen. Andererseits gibt es den Zugang durch fallbezogene Entscheide einer autorisierten Stelle, beispielsweise durch eine Fachstelle. Der dritte Zugang wird durch einen behördlichen bzw. gerichtlichen Entscheid gelegt (vgl. Bundesrat 2012: 29f.). Im Allgemeinen wird Hilfe zur Erziehung dann eingesetzt, wenn in Bezug auf die individuellen und altersmässigen Bedürfnisse des Kindes eine adäquate Förderung und Erziehung seitens der Eltern oder Sorgeberechtigten ohne Unterstützung nicht gesichert ist (vgl. Schnurr/Messmer/Wetzel/Fellmann 2017: 10). Die ambulante Hilfe zur Erziehung beinhaltet alle Leistungen, welche primär in der Lebenswelt der Familien bzw. Kinder- und Jugendlichen stattfinden. Deshalb ordnet Schnurr (2012: 82) den Begriff der aufsuchenden Familienarbeit, der ambulanten Hilfe zu. Diese Art von Hilfe zur Erziehung, richtet sich mehrheitlich an die Eltern bzw. Sorgeberechtigten der Kinder und Jugendlichen (vgl. Schnurr 2014: 5). Die ambulante Hilfe zur Erziehung hat zum Ziel, Kinder und Jugendliche sowie deren Familien, bei der Bewältigung von Alltags- und Lebensführungsprobleme, von besonderen Belastungen und schwierigen Lebensumständen zu unterstützen und zukünftige Entwicklungsproblemen vorzubeugen (vgl. Biesel/Fellmann/Ahmed 2015: 9). Somit fokussieren sie sich auf die Fähigkeiten zur Versorgung, Pflege, Erziehung sowie die Förderung der Kinder (vgl. Schnurr 2014: 5).

Es gibt verschiedene Angebote, welche sich nach Kantonen unterscheiden. Beispielsweise «Familienstabilisierung- und aktivierung» in Zürich, «Hometreatment» in Aargau oder «schritt:weise Hausbesuchsprogramm» in Baselland (vgl. Biesel/Fellmann/Ahmed 2015: 24). Jedoch zählt die sozialpädagogische Familienbegleitung (SPF) als weitverbreitetster und bekanntester Angebotstyp der aufsuchenden Familienarbeit (vgl. Schnurr 2012: 82). Eine genauere Auslegung über dieses Angebot folgt im nachkommenden Kapitel.

5.2 Sozialpädagogische Familienbegleitung

Für die Darlegung der Methode der Sozialpädagogischen Familienbegleitung (SPF) wird, nebst dem Leitbild von Avenir Social, auch Literatur aus Deutschland herbeigezogen. Dort ist die Leistung unter dem Namen «Sozialpädagogische Familienhilfe» bekannt. Auf konzeptioneller Ebene bestehen zwischen den beiden Leistungen keine Differenzen (vgl. Nüsken 2016: 176).

Wie bereits vorgängig erläutert, wird die SPF der Methode der aufsuchenden Familienarbeit untergeordnet. Dieses Angebot dient zur Unterstützung bei der Alltagsbewältigung, damit Familien Alltagsprobleme wie Haushaltsorganisation oder Versorgung der Kinder, Krisen wie Arbeitslosigkeit oder psychische Erkrankung oder familiäre Konflikte, wie Erziehungsschwierigkeiten oder häusliche Gewalt, lösen können (vgl. Rätz/Schröer/Wolff 2014: 143). Die SPF kann zudem in die Aufgabe der Kindeswohlabklärung eingebunden werden. Sie können seitens der Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde sowie auch direkt von Gemeinden oder punktuell von der Polizei aufgrund einer Gefährdungsmeldung beauftragt werden (vgl. Eberitzsch 2016: 169). In Anbetracht der Aufgaben, liegt das oberste Ziel der SPF in der Gewährleistung und Förderung des Kindeswohls (vgl. Avenir Social 2017: 1).

Die SPF besucht Familien regelmässig zu Hause und ist somit in der Lebenswelt der Familien bzw. Kinder und Jugendlichen aktiv. Durch die unmittelbare Nähe zu deren Lebenswelt, gelingt es der Familienbegleitung, die vorhandenen Probleme, aber auch die familiären Ressourcen zu erkennen (vgl. Eberitzsch 2016: 170). Fachperson der SPF begleitet die Familie und erarbeitet mit ihnen Ziele. Somit deckt sie auch unbewusste und verschüttete Ressourcen auf (vgl. Rothe 2011: 13). Die Leistungen der SPF fokussieren sich darauf, die Erziehungsberechtigten in ihren Erziehungskompetenzen zu befähigen, zu stärken und einen konstruktiven Umgang mit Spannungen in der Familie zu fördern. Weiter ist zentral, die Kinder zu fördern und die notwendige Erschliessung von Vernetzung und Ressourcen im nahen Umfeld zu erweitern. Durch die SPF sollen die Lösungs- und Handlungsmöglichkeiten aufgezeigt werden, die Eigenverantwortung gestärkt, und eine Aktivierung der Hilfe zur Selbsthilfe bewirkt werden (vgl. Avenir Social 2017: 1). Aufgrund der Nähe zum Alltag ihrer Klientel und ihrer Unterstützung, wird die SPF als intensivste und umfangreichste ambulante Hilfe charakterisiert (vgl. Weber 2012: 34; Frindt 2009: 23). Mit dem Einsetzen einer SPF kann einer Fremdunterbringung entgegengewirkt werden (vgl. Schnurr 2012: 83). Die vorgängige Darlegung zeigt auf, was die SPF als Leistung der aufsuchenden Familienarbeit, für eine Funktion hat. Im nachfolgenden Kapitel werden auf die Arbeits- und Handlungsprinzipien der SPF, in Bezugnahme auf Avenir Social, eingegangen. Hierbei wird aufgezeigt, wie der Auftrag der SPF erfüllt wird.

5.2.1 Arbeits- und Handlungsprinzipien

Die SPF erfüllt ihren individuellen Auftrag zielorientiert, strukturiert und zeitlich begrenzt, in der Lebenswelt der Klientel. Die Professionellen arbeiten ressourcenorientiert, systemisch, partizipativ sowie interdisziplinär und nutzen dabei unterschiedliche Methoden. Sie greifen auf Fachwissen aus anderen Disziplinen zurück (vgl. Avenir Social 2017: 2). In Bezugnahme auf das Leitbild der SPF orientieren sich die Fachpersonen an folgenden Arbeits- und Handlungsprinzipien:

- Ressourcen- und Risikoorientierung: Familien werden ermutigt, befähigt und unterstützt, die fehlenden Ressourcen möglichst selbständig zu erschliessen und Belastungen zu verringern. Der Ausgleich zwischen Ressourcen und Risiko wird ständig überprüft (vgl. Avenir Social 2017: 2).
- Alltags- und Lebensweltnähe: Die Belastungen werden unmittelbar im Kontext der Familienrealität verstanden und bearbeitet. Dazu zählt auch die Vermittlung von geeigneter Unterstützung im Sozialraum sowie Unterstützung im Umgang mit Behörden oder Fachstellen (vgl. ebd.).
- Netzwerkarbeit: Die Beziehungen der Familie und des weiteren sozialen Umfeldes werden erschlossen und erweitert, damit der Anschluss an die gesellschaftlichen Erwartungen erreicht wird (vgl. ebd.).
- Hilfe zur Selbsthilfe: Die Familie wird unterstützt eigene Lösungsstrategien für Schwierigkeiten zu suchen. Dabei werden frühere erfolgreiche Lösungsansätze erfasst und erweitert, damit Mitwirkungs- und Selbstgestaltungsmöglichkeiten ermöglicht werden (vgl. ebd.).
- Stabilisierung: Um die Stabilität der Familie zu erhöhen, werden sie bei der Aufrechterhaltung von problemfreien Bereichen unterstützt und Angebote zur Entlastung aufgezeigt (vgl. ebd.).
- Strukturierte Offenheit: Es werden Techniken und Methoden zur Erfüllung des Auftrags genutzt, welche dennoch an die Problemlage der Familien angepasst werden (vgl. ebd.: 3).
- Beziehungs- und Rollengestaltung: Es besteht eine respektierende und wertschätzende Grundhaltung gegenüber der Familie. Zudem sind eine reflektierte professionelle Gestaltung und ein transparenter Umgang mit allen Beteiligten unerlässlich (vgl. ebd.).

Die Arbeits- und Handlungsprinzipien zeigen auf, dass die SPF unter der Beachtung von unterschiedlichen Aspekten, ihre Aufträge erfüllt. Im nachfolgenden Kapitel wird erarbeitet, wie die Resilienzförderung in der SPF unterstützt werden kann.

5.3 Resilienzförderung in der Sozialpädagogischen Familienbegleitung

Wie die Arbeits- und Handlungsprinzipien, die Leistungen der SPF sowie die Resilienzförderung konkret umgesetzt werden können, werden im Leitbild nicht beschrieben. Wichtig in Bezug auf das Thema der Resilienz ist, dass die SPF neben ressourcenorientiert, auch den Aspekt der Risikoorientierung beachtet. Hierbei besteht bereits eine erste Verknüpfung zur Resilienzförderung. Ein weiterer wichtiger Aspekt ist, dass sich viele Ziele der Resilienzförderung mit den Aufgaben und dem methodischen Vorgehen der SPF decken (vgl. Frindt 2009: 22). Zurückgreifend auf das Kapitel 4.3 Resilienzförderung, kann festgehalten werden, dass primäre Ziele der Resilienzförderung sind, die Resilienz- sowie Schutzfaktoren zu fördern und die Risikoeinflüsse zu reduzieren. Die Ziele wurden bereits im Kapitel 4.3 detaillierter dargelegt. Bereits das erste Arbeits- und Handlungsprinzip «Ressourcen- und Risikoorientierung» (vgl. Avenir Social 2017: 2) ist ein wichtiger Punkt, der ein Ziel der Resilienzförderung unterstützt. Es ist zudem eine tägliche Aufgabe der SPF, die Risikoeinflüsse und deren Folgen zu verringern (vgl. Frindt 2009: 22). Die Stress- und Risikowahrnehmung bei der Klientel zu verändern und die personalen Ressourcen der Kinder zu stärken, gilt ebenfalls zu den zentralen Aufgaben der SPF (vgl. ebd.). Gleichzeitig sollen Ziele zur Erreichung der Resilienz gesteckt werden. Zudem zielt die SPF auf die Befähigung und Stärkung der Erziehungskompetenzen (vgl. Avenir Social 2017: 1), welche für die Resilienzförderung auf der Beziehungsebene einen wichtigen Faktor darstellen (vgl. Kapitel 4.3).

In Bezug auf die Resilienzförderung, stellt die Analyse der Schutzfaktoren einen weiteren essentiellen Auftrag im methodischen Vorgehen der SPF dar (vgl. Frindt 2009: 24).

Besonders die Analyse der ausserfamiliären Schutzfaktoren für die Resilienzförderung, gewinnen an Bedeutung. In Bezugnahme auf Wolf (2006) legt Zander (2010: 190) dar, dass die pädagogischen Handlungsmöglichkeiten für die Resilienzförderung, erweitert werden sollten. Für Wolf, so Zander (2010: 190), sollte die SPF nicht nur beschränkt auf die innerfamiliären Prozesse Einfluss nehmen. Das heisst, das Augenmerk sollte nicht nur auf die Alltagsroutine oder Beziehungen zwischen den Familienmitgliedern, sondern vielmehr auch auf die ausserfamiliären Ressourcen der Kinder gelegt werden. Zurückgreifend auf das Kapitel 4.3 Resilienzförderung, ist ein Ziel, die Erhöhung von sozialen Ressourcen in der Umwelt des Kindes. Dieses Ziel stellt eine wichtige Aufgabe der SPF dar (vgl. Frindt 2009: 22). Die soziale Unterstützung ausserhalb der Familie zu mobilisieren, Kontakte herzustellen und zu fördern sowie auch vorhandene soziale Ressourcen sicherzustellen, sind wichtige Funktionen der SPF. Gelingt es der SPF diesen Zugang zu den sozialen Ressourcen zu öffnen und zu erweitern, kann die Resilienz der Kinder gestärkt werden (vgl. ebd.: 25).

Fröhlich-Gildhoff (2012: 85) hat weitere wichtige Grundprinzipien, unter Bezugnahme unterschiedlicher Studien, für die Resilienzförderung im Rahmen der Hilfe zur Erziehung herausgearbeitet. Da die SPF den Leistungen der Hilfe zur Erziehung untergeordnet wird, können die Grundprinzipien übertragen werden. Zunächst fasst er zwei wichtige Aspekte zusammen, die für die Förderung der Resilienz wesentlich sind. Einerseits ist eine sichere und wertschätzende Beziehung zwischen den Professionellen und dem Kind unabdingbar. Andererseits ist es für die Professionellen wichtig, dass die Unterstützung auf mehreren Ebenen ansetzt und das Kind in seiner Lebenswelt zu erreichen versucht wird (vgl. ebd.: 86). In Bezugnahme auf die empirischen Ergebnisse leitet er ab, dass auf der Ebene der Organisation sowie auf der Ebene der direkten Arbeit mit der Klientel, wichtige Handlungsleitlinien für den sozialpädagogischen Alltag bestehen. Auf der Ebene der Organisation ist es unabdingbar, dass die Organisationen der Hilfe zur Erziehung, respektive die SPF, für Sicherheit für die Kinder, sowie klare und transparente Regeln und Strukturen sorgen. Zudem müssen sie Beständigkeit in Beziehungen ermöglichen, damit eine sichere Erwachsenen-Kind-Beziehung entwickelt werden kann (vgl. ebd.). Auf der Ebene der Arbeit mit der Klientel, geht es insbesondere um die Umsetzung wichtiger Prinzipien. Die Grundhaltungen der Ressourcenorientierung sowie der Partizipation sind wichtige Ausgangspunkte, um die Resilienzförderung zu ermöglichen. Das Ansetzen an Stärken und Aktivierung der Ressourcen sowie das Kind im Unterstützungsprozess partizipieren zu lassen, stärken das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten, was wiederum förderlich für die Resilienz ist (vgl. Fröhlich-Gildhoff 2012: 86f.). Weiter gehört auch das Prinzip der Stärkung der Selbstwirksamkeit, wieder mit zur Resilienzförderung. Die Professionellen nehmen zudem eine wichtige Vorbildfunktion ein, welcher sie sich bewusst sein müssen. Ebenso ist es für das Kind wichtig, im Unterstützungsprozess neue Vorbilder angeboten zu bekommen (vgl. ebd.: 87).

Es kristallisiert sich heraus, dass sich die Aufgaben der SPF mit den Zielen der Resilienzförderung decken. Die SPF kann demnach bereits einen erheblichen Beitrag an der Resilienzförderung eines Kindes leisten. Die dargelegten Grundprinzipien nach Fröhlich-Gildhoff zeigen bereits bekannte Handlungsleitlinien für den sozialpädagogischen Alltag, welche sich auch mit den Arbeitsweisen und Arbeits- und Handlungsprinzipien der SPF überschneiden, auf.

Nachdem alle wichtigen theoretischen Bestandteile der Fragestellung beantwortet wurden, folgt das nächste und letzte Kapitel der Schlussfolgerung.

6. Schlussfolgerung

Um eine Übersicht der Arbeit zu verschaffen, erfolgt zunächst eine Zusammenfassung aus dem erarbeiteten Theorieteil, in welchem die eingangs formulierte Hauptfragestellung und die einhergehenden Unterfragestellungen beantwortet werden. Die Arbeit wird mit einer kritischen Reflexion sowie einen forschungsrelevanten Ausblick abgerundet.

6.1 Zusammenfassung der Ergebnisse und Beantwortung der Fragestellung

Nach einer thematischen Einführung und einer Erörterung der Fragestellung mit einhergehenden Unterfragen, wurde im Kapitel 2 zunächst der Kontext der Affektiven Störung, anhand folgenden Unterfragenstellungen, erarbeitet:

Was wird unter einer Affektiven Störung verstanden und welche Auswirkungen hat sie in Bezug auf das Interaktionsverhalten der Mütter mit ihren Kindern? Welchen Einfluss hat die affektive Störung der Mutter auf das Erkrankungsrisiko der Kinder?

Der Begriff der Affektiven Störung wurde unter Bezugnahme des Klassifikationssystem ICD-10 definiert. Die Hauptsymptome der affektiven Störung, ist die Veränderung der Stimmung oder der Affektivität (vgl. DIMDI 2017: 190). Das ICD-10 kategorisiert unter einer affektiven Störung unterschiedliche Krankheitsbilder. Alle Krankheitsbilder zeichnen sich jedoch durch die angegebenen Hauptsymptome aus. Die Affektiven Störungen werden in unipolar und bipolar gegliedert (vgl. Kapitel 2.1). Das Krankheitsbild der Depression gehört zu den unipolaren Störungen. Es stellte sich heraus, dass der Begriff «Depression» in der Fachliteratur oftmals als Überbegriff genutzt wird. Allerdings ist eine Depression durch unterschiedliche Verlaufsmuster und Schweregrade gekennzeichnet. Somit werden unterschiedliche Begrifflichkeiten genutzt. Für die vorliegende Arbeit wurde für die unipolaren Störungen «depressive Episode», «rezidivierende depressive Episode» und «Dysthymie» der Oberbegriff «Depression» verwendet. Die Hauptsymptome wie gedrückte Stimmung, Verminderung des Antriebs und der Aktivität sowie der Verlust von Interesse und Freude, sind für die aufgezählten Krankheitsbilder bedeutend. Die Liste der Symptome wird mit Zusatzsymptomen erweitert. Darunter zählen unter anderem Konzentrations- und Schlafstörungen, Schuldgefühle, pessimistische Zukunftsperspektive, verminderter Appetit. Vermindertem Selbstwertgefühl und Selbstverletzungen oder Suizidgedanken- und Handlungen (vgl. Dilling/Mombour/Schmidt 2014: 170). Zusätzlich können bei einer Depression auch somatische Symptome auftreten, wie ein Morgentief, psychomotorische Hemmungen oder auch Libidoverlust. Der Schweregrad wird durch die Anzahl der

vorkommenden Symptome bestimmt (vgl. Kapitel 2.1.1). Eine Bipolare affektive Störung ist durch das abwechselnde Vorkommen von depressiven und manischen Phasen gekennzeichnet. Die manische Episode ist charakterisiert durch eine gehobene oder gereizte Stimmung. Diese zeigt sich durch Symptome wie beispielsweise vermehrten Antrieb und Aktivität oder vermindertes Schlafbedürfnis (vgl. Kapitel 2.1.2). Bei einer bipolaren affektiven Störung kann nach einer manischen Episode, eine Stimmungssenkung folgen, welche effektiv eine Depression darstellt.

Eine affektive Störung, sei es Depression oder Bipolare affektive Störung, bewirkt eine Vielzahl an Veränderungen im Verhalten, Denken und Fühlen der Mütter. Die Veränderungen haben somit auch einen Einfluss auf die Interaktion der Mütter mit ihren Kindern. In Bezugnahme auf unterschiedliche Studienresultate, konnte aufgezeigt werden, dass betroffene Mütter sich beispielsweise öfters negativer gegenüber ihren Kindern äussern, weniger Empathie oder erhöhte Feindseligkeit verspüren, oder in einer manischen Phase, die Bedürfnisse ihrer Kinder kaum mehr wahrnehmen (vgl. Kapitel 2.2). Durch die affektive Störung und der dadurch beeinträchtigten Interaktion, wird auch das Erziehungs- und Kommunikationsverhalten der Mütter beeinflusst. Dabei erleben die Mütter das Verhalten der Kinder oftmals als herausfordernd und haben Mühe Beständigkeit im Erziehungsverhalten zu erhalten. Die Mütter erleben aufgrund der affektiven Störung, weitere Belastungen wie Stigmatisierung oder Angst vor einem Sorgerechtsentzug. Trotz der Herausforderungen, welche sich aufgrund der psychischen Erkrankung ergeben, ist die Beziehung und das Zusammenleben mit ihren Kindern, für die Mutter von essentieller Bedeutung. Jedoch wird durch das Interaktionsverhalten der Mütter, das Wohlbefinden der Kinder negativ beeinflusst, wodurch das Erkrankungsrisiko erhöht wird.

Die aufgeführten Darlegungen im Kapitel 2.3 zeigen auf, dass die Kinder nicht nur ein erhöhtes Risiko haben, die gleiche psychische Erkrankung wie die Eltern bzw. die Mutter zu entwickeln, sondern sie weisen ebenfalls ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung anderer psychischer Erkrankungen auf. Dabei spielen genetische aber vor allem auch psychosoziale Einflüsse eine wichtige Rolle. Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil, erleben oftmals Belastungen wie familiäre Disharmonie oder ökonomische Schwierigkeiten. Des Weiteren erleben die Kinder subjektive Belastungen. Folglich muss dem subjektiven Erleben der Kinder insbesondere für die Interventionen, genügend Beachtung geschenkt werden. Daraus ergab sich folgende Unterfrage:

Welche Belastungen erleben die Kinder aufgrund der mütterlichen Erkrankung?

Ein Einblick in die Perspektive der Kinder wurde unter Beachtung unterschiedlicher Studien ermöglicht und im Kapitel 3 dargelegt. Es kristallisierte sich heraus, dass Kinder mit einer psychisch erkrankten Mutter, mit vielen Belastungen konfrontiert sind. Resultate einer retrospektiven Studie zeigen auf, dass Kinder trotz vorhandenem Bedürfnis, selten eine

genaue Aufklärung über die Erkrankung der Eltern erhalten haben. Hierbei erlebten die Kinder Desorientierung und Unsicherheit (vgl. Kapitel 3.1). Insbesondere der Krankheitsverlauf sowie die Symptome und die Persönlichkeitsveränderungen ihrer Mütter, erlebten die Kinder als eine Belastung (vgl. Kapitel 3.2). Aufgrund des mangelnden Wissens bezüglich der elterlichen Erkrankung, entwickeln Kinder Gefühle wie Angst, Verlustgefühle, Trauer, Scham, Hilfslosigkeit oder auch Schuldgefühle (vgl. Kapitel 3.3). Die Gefühle verstärken sich zudem zusätzlich, da in den betroffenen Familien oftmals ein Kommunikationsverbot herrscht und somit die psychische Erkrankung tabuisiert wird. Den Kindern wird oftmals der Eindruck verliehen, dass sie mit niemanden über die psychische Erkrankung sprechen dürfen. Jedoch tragen das Kommunikationsverbot und die Tabuisierung negative Folgen mit sich. Eine offene Auseinandersetzung mit der psychischen Erkrankung wird aufgrund der Tabuisierung verhindert, was die Unsicherheiten der Kinder erneut verstärkt (vgl. Kapitel 3.4). Zudem kann dies zu einer sozialen Isolation führen und die Familie kann keine adäquate Unterstützung erhalten. Den Alltag erleben die Kinder aufgrund der psychischen Erkrankung ebenfalls als belastend. Alltagsstrukturen und Abläufe brechen aufgrund der Krisensituation zusammen. Die Kinder bemerken zudem, dass eine Rollenumkehrung stattfindet. Beispielsweise übernimmt der Vater den Haushalt und auch die Kinder werden dazu einbezogen. Die Destabilisierungen in der Familie können zudem zu einer Parentifizierung führen, in denen die Kinder Eltern- oder Partnerfunktion für den erkrankten Elternteil übernehmen. Dabei kann es sein, dass die Kinder Aufgaben wie die Haushaltsführung oder Erziehung der jüngeren Geschwister übernehmen müssen (vgl. Kapitel 3.5). Obwohl die Kinder psychisch kranker Eltern, vielen Belastungen und einem erhöhten Erkrankungsrisiko für die psychische Erkrankung ausgesetzt sind, entwickeln bei weitem nicht alle Kinder eine psychische Erkrankung (vgl. Lenz/Wiegand-Grefe 2017: 34f.). Denn wie in der Fachliteratur ersichtlich wird, können sich Kinder trotz jeglichen Risiken und Belastungen gut entwickeln. Die Themenbearbeitung zeigt auf, dass der Resilienzforschung und der Frage «was hält Kinder gesund» immer mehr Aufmerksamkeit geschenkt wird. Die Erkenntnisse daraus wurden im Kapitel 4 dargelegt, indem die folgende Unterfragen beantwortet wurden: *Was wird unter Resilienz verstanden und was beinhaltet das Resilienzkonzept? Wie kann die Resilienz gefördert werden?*

Es finden sich zahlreiche Definitionen des Begriffs Resilienz in der Fachliteratur. Für die vorliegende Arbeit wurde auf die verbreitete Definition von Corina Wustmann Seiler Bezug genommen. «Resilienz meint eine psychische Widerstandsfähigkeit von Kindern gegenüber biologischen, psychologischen und psychosozialen Entwicklungsrisiken.» (Wustmann Seiler 2012: 18) Die Widerstandsfähigkeit ist zudem an zwei Bedingungen geknüpft: Einerseits muss eine Gefährdung für die Entwicklung des Kindes vorhanden sein und andererseits wird die Situation mit den vorhandenen Ressourcen positiv bewältigt (vgl. Kapitel 4.1.). Die

Resilienz wird als eine Fähigkeit verstanden, welche sich im Laufe der kindlichen Entwicklung entwickelt und verändert (vgl. Kapitel 4.1.1.). In Anbetracht dieser zwei Bedingungen bilden das Risiko- und Schutzfaktorenkonzept für die Resilienzforschung einen wichtigen Bestandteil (vgl. Kapitel 4.2). Im Risikofaktorenkonzept werden diejenigen Faktoren thematisiert, welche die kindliche Entwicklung beeinträchtigen können. Sie werden in Vulnerabilitätsfaktoren, welche sich unter anderem auf der genetischen oder neuropsychologischen Ebene befinden, und in Risikofaktoren oder auch Stressoren, welche psychosoziale Merkmale sind, unterteilt. Die Psychische Erkrankung eines Elternteils stellt ein solcher Risikofaktor bzw. Stressor dar. Mit der Zunahme des Alters, beeinflussen insbesondere die psychosozialen Merkmale die Entwicklung der Kinder. Bei der Themenbearbeitung ergab sich jedoch die Erkenntnis, dass aufgrund von Risikobedingungen, nicht direkt eine Entwicklungsstörung hervorgeht. Die Kumulation und die Dauer der Risiken, das Alter, der Entwicklungsstand und die subjektive Bewertung des Kindes, beeinflussen eine Gefährdung in der Entwicklung (vgl. Kapitel 4.2.1).

Das Schutzfaktorenkonzept beinhaltet hingegen Faktoren, welche eine schützende Funktion bei Risiken aufweisen und somit eine positive Entwicklung begünstigen. Ein Schutzfaktor wird erst dann besonders wirksam, wenn eine Gefährdung vorliegt. Die Schutzfaktoren wurden, wie bereits die Definition des Begriffs Resilienz, auf der Definition von Wustmann Seiler abgestützt. Die Schutzfaktoren werden in personale und soziale Ressourcen eingeteilt. Die personalen Ressourcen stellen kindbezogene Ressourcen wie zum Beispiel intellektuelle Fähigkeit oder positives Temperament dar (vgl. Wustmann Seiler 2012: 46). Die sozialen Ressourcen hingegen befinden sich innerhalb der Familie, in Bildungsinstitutionen oder im weiteren sozialen Umfeld (vgl. ebd.: 116). Eine stabile Bezugsperson, Stabilität und konstruktive Kommunikation in der Familie, stellen sich als wichtige Ressourcen innerhalb der Familie heraus. Insbesondere weitere soziale Kontakte ausserhalb der Familie, wie Peers, weitere Erwachsene, welche Sicherheit und Vertrauen fördern und als Bezugspersonen beistehen, gewinnen für die Entwicklung der Resilienz immer mehr an Bedeutung. Hierbei zählt auch das professionelle Hilfesystem dazu. Für die Entwicklung der Resilienz ist nicht das Vorhandensein von allen Schutzfaktoren die Voraussetzung. Vielmehr geht es darum, dass Kinder schwierige Situationen beeinflussen und bewältigen können. Dabei stellte sich heraus, dass umso mehr Unterstützung ein Kind erfährt, desto einfacher erfolgt die Bewältigung (vgl. Kapitel 4.4.2.). Für die Bewältigung der Belastungen wurden in Resilienzstudien weitere personale Ressourcen erarbeitet, welche als sogenannte Resilienzfaktoren bezeichnet werden. Diese haben auch eine wichtige Funktion für die Resilienzentwicklung und werden in der Interaktion zwischen Kind und Umwelt erlernt (vgl. Kapitel 4.2.3.). Selbst- und Fremdwahrnehmung, Selbstregulation, Selbstwirksamkeit,

Problemlösen, soziale Kompetenz und adaptive Bewältigungskompetenz, weisen sich nach Fröhlich-Gildhoff und Rönnau-Böse (2019: 41), als Resilienzfaktoren aus.

Wie die Resilienz gefördert werden kann, wurde schliesslich im Kapitel 4.3 erarbeitet. Bei der Auseinandersetzung mit dem Thema, ergab sich die Erkenntnis, dass der Fokus bei der Resilienzförderung darauf liegt, die Entwicklungsrisiken und deren Folgen zu beseitigen sowie positive Bedingungen zu schaffen. Schutz- und Resilienzfaktoren der Kinder sollen gefördert werden. Die Resilienzförderung kann einerseits anhand der Förderung der Resilienzfaktoren auf der individuellen Ebene und andererseits auf der Beziehungsebene erfolgen. Für die Förderung der Resilienzfaktoren sind die Kinder auf die Unterstützung von Erwachsenen angewiesen. Die Resilienzförderung auf der Beziehungsebene, fokussiert die Stärkung von Beziehungs- und Erziehungskompetenzen der Bezugsperson. Die Eltern oder die Bezugspersonen werden dabei in unterschiedlichen Fähigkeiten gestärkt, damit sie ein positives Erziehungsverhalten entwickeln können. Dies fördert die Resilienz der Kinder. Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass der Fokus auf der individuellen sowie auf der Beziehungsebene liegt. So kann das Kind Bewältigungsstrategien erlernen und Vertrauen in sich selbst und seine Kompetenzen gewinnen. Nicht zuletzt spielt das Erleben von Selbstwirksamkeit eine tragende Rolle (vgl. Kapitel 4.3). Für die Resilienzförderung von Kindern affektiv erkrankter Mütter, wurde auf Literatur Bezug genommen, welche das Thema Kinder psychisch kranker Eltern bearbeitet. Es kristallisierte sich heraus, dass für die Resilienzförderung von Kindern psychisch kranker Eltern, die oben genannten Resilienzfaktoren eine bedeutsame Rolle spielen. Zudem ist für die betroffenen Kinder insbesondere eine positive Beziehungsqualität zu mindestens einer Bezugsperson unabdingbar. Diese unterstützt folglich die Förderung der Resilienzfaktoren. Da die betroffenen Mütter, in ihren Beziehungs-, Erziehungs- sowie Kommunikationsfähigkeiten eingeschränkt sind, erhält die Förderung der Erziehungskompetenzen für die Resilienzförderung auf der Beziehungsebene eine wichtige Bedeutung. Eine vollumfängliche Aufklärung über die mütterliche Erkrankung stellt ebenfalls einen wichtigen Faktor für die Resilienzförderung dar. Durch eine adäquate Informationsvermittlung, können Kinder ihr Verständnis erweitern, Ressourcen mobilisieren und schwierige Situationen bewältigen. Dabei ist innerhalb der Familie ein angemessener Umgang mit der Erkrankung, welcher eine offene Kommunikation voraussetzt, unerlässlich (Kapitel 4.3.1.). Wichtig ist es für die Kinder dennoch, dass sie auch ausserfamiliäre soziale Ressourcen nutzen können, welche in Krisenzeiten Stabilisierung und Sicherheit bieten. Dazu gehört nebst dem sozialen Umfeld, auch das professionelle Hilfesystem dazu. Wie bereits aufgeführt wurde, ist es für die erkrankten Mütter von Bedeutung, dass sie trotz den multiplen Belastungen, mit den Kindern zusammenleben möchten (vgl. Kapitel 2.2.). Daraus erfolgt die Wahl des ambulanten Praxisfeld der Sozialen Arbeit und folgende Unterfragen:

Welchen Auftrag und welches Ziel verfolgt die ambulante Hilfe zur Erziehung?

Was bietet das Angebot der sozialpädagogischen Familienbegleitung und wie kann die Resilienz gefördert werden?

Die ambulanten Hilfen zur Erziehung finden in der Lebenswelt der Klientel statt und verfolgt das Ziel, Familien in deren Alltagsbewältigung und Lebensführungsproblemen zu unterstützen. Zukünftigen Entwicklungsproblemen sollen vorgebeugt werden. Es fokussiert sich insbesondere darauf die Eltern in deren Erziehungskompetenzen zu stärken (vgl. Kapitel 5.1.1). Die Sozialpädagogische Familienbegleitung wird diesem Praxisfeld der Sozialen Arbeit zugeordnet. Das oberste Ziel der SPF ist die Förderung und Gewährleistung des Kindeswohls (vgl. Avenir Social 2017: 1). Die SPF besucht die Familie regelmässig zu Hause, unterstützt und begleitet sie anhand der zusammen erarbeiteten Ziele. Dabei unterstützt sie die Eltern in der Stärkung der Erziehungskompetenzen, die Kinder zu fördern und erschliesst neue Ressourcen im nahen Umfeld der Familie. Die SPF versucht dabei, die Eigenverantwortung und Hilfe zur Selbsthilfe zu stärken (vgl. Kapitel 5.2.). Sie arbeiten ressourcen- und zielorientiert, strukturiert und zeitlich begrenzt (vgl. Kapitel 5.3). Die SPF verfolgt Arbeits- und Handlungsprinzipien, welche im Kapitel 5.2.1 ausführlich erläutert wurden. Das Thema der Resilienzförderung in der Sozialpädagogischen Familienbegleitung wurde im Kapitel 5.3 erörtert. Hierbei wurden die Arbeits- und Handlungsprinzipien der SPF nach Avenir Social, die Ziele der Resilienzförderung sowie die Grundprinzipien für die Resilienzförderung in der ambulanten Hilfe zur Erziehung von Fröhlich-Gildhoff (2012: 85-87) gegenübergestellt. Anhand der Erkenntnisse im Kapitel 5.3 und den weiteren vorangehenden Darlegungen, wird nun die eingangs gestellte Hauptfragestellung beantwortet. Diese lautet wie folgt:

Wie kann die Resilienz von Kindern mit einer an einer affektiven Störung erkrankten Mutter in der Sozialpädagogischen Familienbegleitung gefördert werden?

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass für die Resilienzförderung genügend Aspekte erarbeitet wurden, um aufzuzeigen wie die Resilienz gefördert werden kann. Hierbei ist das Kennen der beiden aufgeführten Risikofaktoren- und Schutzfaktorenkonzept (vgl. Kapitel 4.2.1 und 4.2.2.) und der Resilienzfaktoren zentral. Dies setzt jedoch voraus, dass die Fachperson in diesem Zusammenhang die Sozialpädagogische Familienbegleitung, Wissen über den Forschungsgegenstand der Resilienz mitbringt. Insbesondere ist es für die Sozialpädagogische Familienbegleitung wesentlich, dass sie sich der Resilienzfaktoren bewusst ist und wie jene gefördert werden können. Denn die personalen Ressourcen der Kinder zu steigern ist ein wichtiger Bestandteil der Resilienzförderung (vgl. Frindt 2009: 22). Anhand der Arbeits- und Handlungsprinzipien (vgl. Kapitel 5.2.1.) wird ersichtlich, wie die

SPF ihren Auftrag in den Familien umsetzt. Es zeigt sich zudem, dass sich die Ziele der Resilienzförderung (vgl. Kapitel 4.3) mit den Arbeits- und Handlungsprinzipien der SPF (vgl. Kapitel 5.2.1.) und Grundprinzipien nach Fröhlich-Gildhoff (vgl. Kapitel 5.3) teilweise überschneiden. Die Risiko- und Ressourcenorientierung der SPF ist ein wichtiger Bestandteil ihrer Arbeit (vgl. Kapitel 4.2.). Eine wichtige Aufgabe der SPF ist die Mobilisierung, Herstellung und Aufrechterhaltung von ausserfamiliären Ressourcen (vgl. Frindt 2009: 25). In der Bearbeitung des Themas der Schutzfaktoren stellte sich heraus, dass die sozialen Ressourcen ausserhalb der Familie ein wichtiger Schutzfaktor sind, welcher die Resilienzförderung unterstützt. Insbesondere für Kinder mit einer psychisch erkrankten Mutter, dienen soziale Beziehungen zu Freunden, Verwandten oder zu weiteren sozialen Unterstützungsangeboten als wesentliche Schutzfaktoren (vgl. Plass/Wiegand-Grefe 2015: 78). Für Kinder mit einer psychisch erkrankten Mutter, erweisen sich nebst ausserfamiliären Ressourcen, auch ein guter Familienzusammenhalt und gute Erziehungskompetenz als Schutzfaktoren (vgl. ebd.). Hierbei deckt sich dieser Schutzfaktor mit einer wichtigen Aufgabe der SPF, nämlich der Stärkung der Erziehungskompetenzen der Eltern (vgl. Kapitel 5.2). Für die Verfasserin stellt sich jedoch heraus, dass nicht nur das Wissen über die Resilienzforschung ein wichtiger Aspekt für die Resilienzförderung darstellt, sondern dass das Kennen der kindlichen Perspektive ebenso wesentlich ist. Die subjektiven Belastungen der Kinder zu kennen ist unabdingbar. Sie stellen eine wichtige Voraussetzung für präventive Handlungsmöglichkeiten dar (vgl. Plass/Wiegand-Grefe 2012: 32). Die Erkenntnisse zeigen auf, dass Kinder nicht an der Diagnose, sondern an der krankheitsbedingten Verhaltensweise und dem Beziehungsangebot ihrer Mutter, sprich an den negativen Veränderungen im Familiensystem leiden (vgl. Schrappe 2018: 27). Dies folglich spricht für eine ausführliche Aufklärung über die psychische Erkrankung, welche ein essentieller Schutzfaktor darstellt (vgl. Lenz/Wiegand-Grefe 2017: 38f.). Demzufolge sieht die Verfasserin die Sozialpädagogische Familienbegleitung als ein geeignetes Angebot, welches als Unterstützung für Kinder mit einer psychisch erkrankten Mutter, dient. Die SPF kann die Kinder bzw. die Familie in ihrer Lebenswelt intensiv und über einen längeren Lebensraum unterstützen.

Kritisch betrachtet, wird der Aspekt, wie genau die Resilienzförderung im Kontext der SPF umgesetzt wird, jedoch nur bedingt beantwortet. Es wird nicht explizit erkennbar, welche spezifischen Methoden für eine Resilienzförderung angewendet werden. Des Weiteren wurde keine explizite Literatur gefunden, welche das Angebot der SPF im Zusammenhang der Resilienzförderung von Kindern mit einer an einer affektiven Störung erkrankten Mutter bearbeitet. Dies erschwert den Zugang zu einer vollumfänglichen Beantwortung der Fragestellung. Es kann jedoch festgehalten werden, dass die SPF sich für die Förderung der Resilienz bei Kindern gut eignet. Die Verfasserin ist der Meinung, dass mit dem Angebot der

SPF jegliche Bereiche abgedeckt werden, welche die Entwicklung einer Resilienz begünstigen.

Im nachfolgenden und letzten Kapitel dieser Bachelor-Thesis wird nun eine kritische Reflexion und ein forschungsrelevanter Ausblick erarbeitet.

6.2 Kritische Reflexion und Ausblick

Im folgenden Kapitel wird zunächst eine kritische Reflexion der Ergebnisse der vorliegenden Bachelor-Thesis vorgenommen. Die Reflexion bezieht sich dabei auf alle erarbeiteten Themenfelder. Abschliessend wurden weiterführende Fragen erarbeitet, welche forschungsrelevante Ausblicke beinhalten.

In der Literaturrecherche wurde erkenntlich, dass eine genaue Differenzierung zwischen den Krankheitsbildern der affektiven Störungen, für diese Arbeit folglich Depression und Bipolare affektive Störung, in den Studien oftmals nicht stattfindet. Vor allem das Krankheitsbild Depression rückte dabei ins Zentrum der Studien. Folglich stellte sich die Literaturrecherche im deutschsprachigen Raum bezüglich der Bipolaren Affektiven Störung als schwierig heraus. Daher gestaltete sich die Erarbeitung des Kapitels 2.2 als schwerfällig. Für differenzierte Erkenntnisse empfiehlt deshalb die Verfasserin, auch Resultate aus dem englischsprachigen Raum einzubeziehen.

Das Thema der Resilienz stellt ein breites und vielfältiges Theoriefeld dar, in dem es bereits zahlreiche Studien und Literatur gibt. Es erwies sich deshalb als eine Herausforderung, sich auf wichtige Aspekte des Themas Resilienz zu beschränken und Anhaltspunkte für die Resilienzförderung zu erarbeiten. Auch bezüglich des Aspektes der Resilienzförderung von Kindern mit einer an einer affektiven Störung erkrankten Mutter, erwies sich die Literatur als lückenhaft aus, wobei dadurch auf die Literatur, welche allgemein das Thema psychisch kranke Eltern bearbeitet, zurückgegriffen werden musste. Hier könnte für eine Erweiterung der Erkenntnisse womöglich auf englischsprachige Studienergebnisse Bezug genommen werden. In Anbetracht der Resilienzförderung wurden vor allem Kinder, jedoch ohne genaue Angabe über die Altersspanne, ins Blickfeld genommen. In der Literaturrecherche wurde jedoch ersichtlich, dass sich die Art der Belastungen nach Alter unterscheiden können. Dabei wurde zwischen Neugeborenen und Jugendlichen unterschieden (vgl. Gutmann 2017: 13f.). In diesem Zusammenhang ergibt sich für die Verfasserin die Feststellung, dass eine Unterteilung in der Altersspanne eine differenziertere Bearbeitung ermöglicht.

Das Arbeitsfeld der Sozialpädagogischen Familienbegleitung zeichnet sich als ein passendes Angebot aus, welches sich für die Begleitung und Unterstützung für Kinder psychisch erkrankter Eltern eignet. Die Verfasserin ist sich bewusst, dass die SPF mit

unterschiedlichen Methoden und Konzepten arbeitet. Daraus kristallisiert sich für die Verfasserin die Erkenntnis, dass anhand einer ausführlicheren Auseinandersetzung mit den Konzepten und Methoden der SPF sowie einer empirischen Arbeit, der Gegenstand der Resilienzförderung ausführlicher bearbeitet werden kann und somit auch die Hauptfragestellung umfassender beantwortet werden könnte.

Anhand der kritischen Reflexion ergeben sich weiterführende Fragen und forschungsrelevante Aspekte, welche weiter ausgearbeitet werden können.

Das Thema der Kinder mit psychisch kranken Eltern, stellt ein grosses Themenfeld dar, welches in letzter Zeit immer mehr an Aufmerksamkeit erhält (vgl. Jungbauer 2016: 9). Dennoch ist der Stand der Versorgung, für Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil, allgemein noch nicht befriedigend entwickelt (vgl. Gutmann 2017: 19). Die Verfasserin geht davon aus, dass sich die psychischen Erkrankungen vermehren oder in einem hohen Niveau stagnieren werden. Dies spricht dafür, dass Angebote für betroffene Familien weiterentwickelt werden müssen.

Für eine Erweiterung des Angebots, welches das Thema der Resilienzförderung bei betroffenen Familien thematisiert, spricht auch die nicht vollumfängliche Beantwortung der Hauptfragestellung dieser Bachelor-Thesis. Es stellte sich heraus, dass anhand der empirischen Ergebnisse, eine methodische Umsetzung für die Resilienzförderung in der Sozialpädagogischen Familienbegleitung, nicht erkennbar ist.

Wie in der Bachelor-Thesis beschrieben, wird zukünftig vermehrt angestrebt, dass die Kinder in ihren Herkunftsfamilien aufwachsen sollen (vgl. Gutmann 2017: 17). Dies führt dazu, dass sich die SPF immer mehr als ein attraktives Angebot für die Unterstützung der betroffenen Familien anbietet. Die Erkenntnisse zeigen somit auf, dass sich die Soziale Arbeit weiterhin vermehrt mit Kindern mit psychisch erkrankten Eltern beschäftigt. Dies erfordert von den Professionellen der Sozialen Arbeit somit eine vertiefte Auseinandersetzung mit der Expertise von psychischen Erkrankungen. Zudem rückt die Frage nach der Resilienzentwicklung immer mehr in den Fokus. Diese erfordert ebenfalls eine Auseinandersetzung mit der Resilienz seitens der Fachpersonen der Sozialen Arbeit.

Für die weiterführende Forschung erweist sich deshalb als interessant, Methoden in der SPF zu erarbeiten, welche explizit in Familien einsetzbar sind, welche von einer psychischen Erkrankung betroffen sind und Kinder in ihrer Resilienz fördern. Zudem stellte sich in der Erarbeitung dieser Bachelor-Thesis heraus, dass die Adressaten und Adressatinnen der Sozialen Arbeit, die Hilfesysteme als Eingriffsbehörde, statt als Unterstützungsangebote für Kinder und Jugendliche und ihre Familien, wahrnehmen (vgl. Schnurr 2012: 102). Es kann durchaus sein, dass auch das Angebot der Sozialpädagogischen Familienbegleitung, als solches wahrgenommen wird. Die betroffenen Mütter befürchten, dass ihre

Erziehungsfähigkeiten als defizitär bewertet werden und ein Sorgerecht- oder Aufenthaltsbestimmungsrechtentzug folgt, weshalb sie Hilfe aus professionellen Systemen vermehrt meiden (vgl. Gutmann 2017: 16).

Weiter zeigen die Erkenntnisse, dass in vielen Familien eine Tabuisierung der psychischen Erkrankung herrscht, welche die Mobilisierung von Unterstützungsangeboten verhindert. Es zeigt sich, dass die Kinder aufgrund dieser Aspekte einen erschwerten Zugang zu Hilfsangeboten haben. Deshalb ist es umso wichtiger, den Kindern besondere Aufmerksamkeit zu schenken und die Familien über die Unterstützungsangebote und ihre Funktionen aufzuklären. Die Verfasserin ist es wichtig zu betonen, dass aufgrund dieser Tatsachen, nebst familienorientierten Angeboten, auch Angebote entwickelt werden sollen, welche betroffene Kinder unabhängig von ihren Eltern stärken und minimale Kooperation seitens der Eltern benötigt wird (vgl. ebd.: 261).

Als Abschluss dieser Bachelor-Thesis sieht die Verfasserin es als unabdingbar an, dass die Soziale Arbeit an das Konzept der Resilienzförderung anknüpft, um die Entwicklung der Kinder positiv zu beeinflussen. Des Weiteren wird der Sozialen Arbeit eine wichtige Funktion in der Aufklärung und der Weiterentwicklung von Unterstützungsangeboten für die betroffenen Familien zugeschrieben.

7. Literaturverzeichnis

Aichinger, Alfons (2011). Resilienzförderung mit Kindern. Kinderpsychodrama Band 2. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Albermann, Kurt/Gäumann, Christine/Alessi, Monika/Müller, Brigitte/Gutmann, Renate/Gundelfinger, Ronnte (2012). Winterthurer Präventions- und Versorgungsprojekt für Kinder psychisch und suchterkrankter Eltern (WIKIP) – Ein interdisziplinärer Approach der medizinischen und psychosozialen Versorgungssysteme für Kinder, Jugendliche und Erwachsene (Teil I): Das Thema zum Thema machen. In: Schweizerische Ärztezeitung. 93. Jg. (42). S. 1521-1526.

Albermann, Kurt/Müller, Brigitte (2016). Unterstützung für Kinder psychisch erkrankter Eltern. Informationen und Vernetzung tragen erheblich zum Gelingen bei. In: Pädiatrie. 21. Jg. (3). S. 4-8.

Alle, Friederike (2017). Kindeswohlgefährdung. Das Praxishandbuch. 3. Auflage. Freiburg in Breisgau: Lambertus.

Avenir Social (2010). Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz. Ein Argumentarium für die Professionellen. Bern: Professionelle Soziale Arbeit Schweiz.

Avenir Social (2017). Leitbild Sozialpädagogische Familienbegleitung SPF. Bern. URL: https://www.spf-fachverband.ch/fileadmin/media/downloads/RZ_Flyer_A5_Leitbild_SPF_WEB_mc_230120.pdf [Zugriffsdatum 27. April 2020].

Baer, Niklas/Schuler, Daniela/Füglister-Dousse, Sylvie/Moreau-Gruet, Florence (2013). Depressionen in der Schweizer Bevölkerung. Daten zur Epidemiologie, Behandlung und sozial-beruflichen Integration. In: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Hg.). Obsan Bericht (56). S. 1-138.

Banger, Markus (2001). Affektive Störungen im Klimakterium. In: Riecher-Rössler, Anita/Rohde, Anke. Psychische Erkrankungen bei Frauen. Für eine geschlechtersensible Psychiatrie und Psychotherapie. Basel und Freiburg: Karger GmbH. S. 34-45.

Beesdo-Baum, Katja/Wittchen, Hans-Ulrich (2011). Depressive Störungen: Major Depression und Dysthymie. In: Wittchen, Hans-Ulrich/Hoyer, Jürgen (Hg.). Klinische Psychologie & Psychotherapie. 2. Auflage. Berlin Heidelberg: Springer. S. 879-914.

Biesel, Kay/Fellmann, Lukas/Ahmed, Sarina (2015). Leistungskatalog für den Bereich ambulante und teilstationäre erzieherische Hilfen im Kanton Basel-Landschaft. Institut Kinder- und Jugendhilfe. Basel: Fachhochschule Nordwestschweiz. Hochschule für Soziale Arbeit. URL: https://www.baselland.ch/politik-und-behorden/direktionen/bildungs-kultur-und-sportdirektion/soziales/kind-und-jugend/kinder-und-jugendpolitik-kinder-und-jugendhilfe-1/berichte-und-dokumente/ftw-simplelayout-filelistingblock/leistungskatalog-ambulante-teilstationaere-erzieher.pdf/@@download/file/Leistungskatalog_ambulante_teilstationaere_erzieherische%20Hilfen_BL_finale%20Fassung_Jan_Maerz_2015.pdf [Zugriffsdatum 22. April 2020].

Bundesrat (2012). Gewalt und Vernachlässigung in der Familie: notwendige Massnahmen im Bereich der Kinder- und Jugendhilfe und der staatlichen Sanktionierung. Bericht des Bundesrates in Erfüllung des Postulats Fehr (07.3725) vom 05. Oktober 2007. Bern.

DIMDI (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information) (2017). ICD-10-GM. Version 2018. Systematisches Verzeichnis. Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision. Düsseldorf: Deutsches Krankenhaus Verlagsgesellschaft mbH.

Dilling, Horst/Mombour, Werner/Schmidt, Martin H. (2014). Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien. 9. Auflage. Bern: Huber.

Drong, Karolina/Lachemann, Luisa (2016). Affektive Störungen. In: Kizilhan, Jan Ilhan (Hg.). Handbuch psychische Erkrankungen für soziale Berufe. Ein Lehrbuch für Studium und Praxis. Berlin: VWB - Verlag für Wissenschaft und Bildung. S. 39-57.

Eberitzsch, Stefan (2016). Ansätze Sozialpädagogischer Familienbegleitung in der Schweiz. In: Baumeister, Peter/Annette, Bauer/Mersch, Reinhild/Pigulla, Christa-Maria/Röttgen, Johannes (Hg.). Arbeitsfeld ambulante Hilfen zur Erziehung. Standards, Qualität und Vielfalt. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag. S. 161-175.

Frindt, Anja (2009). Resilienzförderung in der SPFH. In: Sozial Extra 33. Jg. (22). S. 22-25.

Fröhlich-Gildhoff, Klaus (2012). Resilienzförderung in der Jugend- und Erziehungshilfe. In: Fröhlich-Gildhoff, Klaus/Becker, Jutta/Fischer, Sibylle (Hg.). Gestärkt von Anfang an. Resilienzförderung in der Kita. Weinheim und Basel: Beltz Verlag. S. 81-87.

Fröhlich-Gildhoff, Klaus/Rönnau-Böse, Maike (2019). Resilienz. 5. Auflage. München: Ernst Reinhardt Verlag.

Gutmann, Renate (2017). Professionelle Hilfe aus der Sicht von Müttern mit einer psychischen Erkrankung. Weinheim und Basel: Beltz Juventa.

Jungbauer, Johannes (2016). Wenn Eltern psychisch krank sind – Belastungen, Entwicklungsrisiken, Hilfebedarf. In: Jungbauer, Johannes (Hg.). Familien mit einem psychisch kranken Elternteil. Forschungsbefunde und Praxiskonzepte. 2. Auflage. Opladen. Berlin. Toronto: Verlag Barbara Budrich. S. 9-43.

Kronmüller, Klaus-Thomas/Driessen, Martin (2012). Kinder psychisch kranker Eltern – die Perspektive der (Erwachsenen-) Psychiatrie. In: Bauer, Ulrich/Reinisch, Anke/Schmuhl, Miriam (Hg.). Prävention für Familien mit psychisch erkrankten Eltern. Bedarf, Koordination und Praxiserfahrungen. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. S. 47-58.

Lenz, Albert (2008). Interventionen bei Kindern psychisch kranker Eltern. Grundlagen, Diagnostik und therapeutische Massnahmen. Göttingen, Bern, Wien, Paris, Oxford, Prag, Toronto, Cambridge, MA, Amsterdam, Kopenhagen: Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG.

Lenz, Albert/Brockmann Eva (2013). Kinder psychisch kranker Eltern stärken. Informationen für Eltern, Erzieher und Lehrer. Göttingen: Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG.

Lenz, Albert/Kuhn, Juliane (2011). Was stärkt Kinder psychisch kranker Eltern und fördert ihre Entwicklung? Überblick über die Ergebnisse der Resilienz- und Copingforschung. In: Wiegand-Grefe, Silke/Mattejat, Fritz/Lenz, Albert (Hg.). Kinder mit psychisch kranken Eltern. Klinik und Forschung. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. S. 269-298.

Lenz, Albert/Wiegand-Grefe, Silke (2017). Kinder psychisch kranker Eltern. Göttingen: Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG.

Lexow, Anja/Wiese, Meike/Hahlweg, Kurt (2008). Kinder psychisch kranker Eltern: Ihre Chancen, im Rahmen einer ambulanten Psychotherapie der Eltern zu profitieren. In: Lenz, Albert/Jungbauer, Johannes (Hg.). Kinder und Partner psychisch kranker Menschen. Belastungen, Hilfebedarf, Interventionskonzepte. Tübingen: dgvt-Verlag. S. 91-112.

Mattejat, Fritz (2014). Kinder mit psychisch kranken Eltern. Was wir wissen und was zu tun ist. In: Mattejat, Fritz/Lisofsky, Beate (Hg.). Nicht von schlechten Eltern. Kinder psychisch Kranker. Köln: Balance buch und medien verlag.

Mattejat, Fritz/Wüthrich, Christian/Remschmidt, Helmut (2000). Kinder psychisch kranker Eltern. Forschungsperspektive am Beispiel von Kindern depressiver Eltern. In: *Nervenarzt* (3). S. 164– 172.

Müller, Brigitte (2008). Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil: Systemische Perspektive. In: Lenz, Albert/Jungbauer, Johannes (Hg.). *Kinder und Partner psychisch kranker Menschen. Belastungen, Hilfebedarf, Interventionskonzepte*. Tübingen: dgvt-Verlag. S. 138-155.

Nüsken, Dirk (2016). Exkurs: Sozialpädagogische Familienbegleitung in der Schweiz und Sozialpädagogische Familienhilfe in Deutschland. In: Baumeister, Peter/Bauer, Annette/Mersch, Reinhild/Pigulla, Christa-Maria/Röttgen, Johannes (Hg.). *Arbeitsfeld. Ambulante Hilfen zur Erziehung. Standards, Qualität und Vielfalt*. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag. S. 175-179.

Pretis, Manfred/Dimova, Aleksandra (2016). Resilienzprozesse bei hochbelasteten Kindern psychisch kranker Eltern. In: *Kindheit und Entwicklung*. 25. Jg. (2). Hogrefe Verlag. S. 68-76.

Plass, Angela/Wiegand-Grefe, Silke (2012). *Kinder psychisch kranker Eltern: Entwicklungsrisiken erkennen und behandeln*. Weinheim: Beltz.

Quitkin, Frederick M./Endicott, Jean/Wittchen, Hans-Ulrich (1998). Depression und andere Affektive Störungen. In: Wittchen, Hans-Ulrich (Hg.). *Handbuch psychische Störungen. Eine Einführung*. 2. Auflage. Weinheim: Psychologie Verlags Union. S. 118-141.

Rätz, Regina/Schröer, Wolfgang/Wolff, Mechthild (2014). *Lehrbuch Kinder- und Jugendhilfe. Grundlagen, Handlungsfelder, Strukturen und Perspektiven*. 2. Auflage. Weinheim und Basel: Beltz Juventa.

Rehder, Michael (2016). *Psychische belastete Eltern in der Sozialpädagogischen Familienhilfe. Ergebnisse ethnografischer Forschung*. Weinheim und Basel: Beltz Juventa.

Roos, Stefanie/Grünke, Matthias (2011). Auf dem Weg zur «resilienten» Schule-Resilienz in Förderschulen. In: Zander, Margherita (Hg.). *Handbuch Resilienzförderung*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. S. 407-433.

Rönnau-Böse, Maike/Fröhlich-Gildhoff, Klaus (2012). Einführung. Das Konzept der Resilienz und Resilienzförderung. In: Fröhlich-Gildhoff, Klaus/Becker, Jutta/Fischer, Sibylle (Hg.). Gestärkt von Anfang an. Resilienzförderung in der Kita. Weinheim und Basel: Beltz Verlag. S. 9-29.

Rönnau-Böse, Maike/Fröhlich-Gildhoff, Klaus (2015). Resilienz und Resilienzförderung über die Lebensspanne. Stuttgart: W. Kohlhammer.

Rothe, Marga (2017). Sozialpädagogische Familien- und Erziehungshilfe. Eine Handlungsanleitung. 8. Auflage. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH.

Schnurr, Stefan (2012). Anhang 3: Grundlagenbericht von Schnurr St. (2012). Grundleistungen der Kinder- und Jugendhilfe. Erstellt im Auftrag des Bundesamtes für Sozialversicherungen als Beitrag zur Projektgruppe zur Beantwortung des Postulats Fehr (07.3725). In: Bundesrat (Hg.). Gewalt und Vernachlässigung in der Familie: notwendige Massnahmen im Bereich der Kinder- und Jugendhilfe und der staatlichen Sanktionierung. Bericht des Bundesrates in Erfüllung des Postulats Fehr (07.3725) vom 05. Oktober 2007. Bern. S. 66-109.

Schnurr, Stefan (2014). Optimierung der ergänzenden Hilfen zur Erziehung im Kanton Bern. Konzept Bestandsaufnahme. Institut Kinder- und Jugendhilfe. Basel: Fachhochschule Nordwestschweiz. Hochschule für Soziale Arbeit. URL: https://www.jgk.be.ch/jgk/de/index/kindes_erwachsenenschutz/kinder_jugendhilfe/besondere_r-foerder--und-oder-schutzbedarf/projekt-oehe.assetref/dam/documents/JGK/KJA/de/KJA_Konzept-Bestandesaufnahme-e-H-E_de.pdf [Zugriffsdatum 21. April 2020]

Schnurr, Stefan/Messmer, Heinz/Wetzel, Marina/ Fellmann, Lukas (2017). Hilfen zur Erziehung. In: SozialAktuell. 49 Jg. (12). S. 10-13.

Schone, Reinhold/Wagenblast, Sabine (2002). Wenn Eltern psychisch krank sind... Kindliche Lebenswelten und institutionelle Handlungsmuster. Münster: Votum Verlag GmbH.

Schrapppe, Andreas (2018). Kinder und ihre psychisch erkrankten Eltern. Kompetent beraten, sicher kooperieren. Weinheim: Beltz Juventa.

Volz, Anna/Wunn, Eva (2012). Basics Psychiatrie. 2. Auflage. München: Elsevier Urban & Fischer.

Weber, Iris (2012). Gestörte Eltern- gestörte Jugendhilfe? Interaktion im Helfer-Klient-System mit Blick auf die professionellen Helfer. Basel und Weinheim: Beltz Juventa.

Wittchen, Hans-Ulrich (2011). Diagnostische Klassifikation psychischer Störungen. In: Wittchen, Hans-Ulrich/Hoyer, Jürgen (Hg.). Klinische Psychologie & Psychotherapie. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag. S. 25-52.

Wustmann Seiler, Corina (2012). Resilienz. Widerstandsfähigkeit von Kindern in Tageseinrichtungen fördern. 4. Auflage. Berlin: Cornelsen Verlag Scriptor GmbH & Co.

Zander, Margherita (2010). Armes Kind – starkes Kind. Die Chance der Resilienz. 3. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Zander, Margherita (2011a). Einleitung. In: Zander, Margherita (Hg.). Handbuch Resilienzförderung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. S. 8-30.

Zander, Margherita (2011b). Armut als Entwicklungsrisiko – Resilienzförderung als Entwicklungshilfe? In: Zander, Margherita (Hg.). Handbuch Resilienzförderung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. S. 275-311.

8. Abbildungsverzeichnis

Titelbild. Illustration aus dem Buch Sinus. <https://www.woman.at/a/bipolare-stoerung> [Zugriffsdatum 20. Mai 2020].