

Fachhochschule Nordwestschweiz FHNW
Hochschule für Soziale Arbeit HSA
Bachelor-Studium in Sozialer Arbeit
Olten

«Die vergessenen kleinen Angehörigen»

Möglichkeiten der klinischen Sozialarbeit Kinder durch
Förderung der familiären Resilienz zu stärken

Vorgelegt von: Pietra-Lee Messerli
Matrikelnummer: 19-474-378
Eingereicht bei: Dr. phil Jan Willem Nieuwenboom
Olten, Januar 2022

Abstract

Obwohl in der Schweiz psychische Erkrankungen keine Seltenheit darstellen, wird diesem Thema im Zusammenhang mit der Resilienzförderung und der klinischen Sozialarbeit (noch) zu wenig Gewicht verliehen. Die Depression ist eine der häufigsten auftretenden psychischen Störung in der Schweiz (vgl. Bundesamt für Statistik 2019). Dieses Krankheitsbild wird in der vorliegenden Arbeit mit Fokus auf das Familiensystem thematisiert. Die Zusammenhänge, welche mögliche Auswirkungen die depressive Erkrankung eines Elternteils auf die Entwicklung eines Kindes innerhalb eines solchen Familiensystems haben kann, werden genauer beleuchtet. Dieses Krankheitsbild wird im Zusammenhang mit dessen Auswirkungen auf eine gesunde kindliche Entwicklung und das Familiensystem in der vorliegenden Arbeit behandelt. Die psychische Krankheit von einem Elternteil kann einen grossen Einfluss auf die kindliche Entwicklung haben. In der vorliegenden Bachelor-Thesis wird aufgezeigt, wie oft Kinder von der psychischen Störung eines Elternteils betroffen sind, welche Bedeutung die psychische Krankheit für das Familiensystem hat, welche Risiko- und Schutzfaktoren für die Familie und die Kinder bestehen sowie welchen Beitrag die klinische Sozialarbeit für Kinder psychisch kranker Eltern liefern kann. Die Autorin dieser Arbeit geht der Frage nach, ob die klinische Sozialarbeit als spezifisches Handlungsfeld im Bereich «Gesundheit» der Sozialen Arbeit im ambulanten Setting aus professioneller Sicht einen Beitrag zur familiären Resilienzförderung von Kindern im Schulalter mit einem depressiven Elternteil leisten kann. «Das Resilienzkonzept bietet jenen, die täglich mit Elend und Leid zu tun haben, einen Ausblick auf Hoffnung.» (Welter-Enderlin/Hildenbrand 2016:7).

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	5
1. Einleitung	6
1.1 Hintergrund und Problemstellung.....	6
1.2 Fragestellung	8
1.3 Bezug zur Sozialen Arbeit.....	9
1.4 Aufbau der Arbeit	9
1.5 Methodisches Vorgehen	10
2. Familiensysteme	11
2.1 Begriffsdefinition von Familie	11
2.2 Eltern-Kind-Beziehung	12
2.3 Sozioökologische Perspektive und elterliches Erziehungsverhalten	13
2.4 Zusammenfassung und Zwischenfazit.....	14
3. Kinder depressiv kranker Eltern.....	15
3.1 Depression	15
3.2 Ausgangslage Depression	16
3.3 Einfluss von Depression auf die Familie	18
3.3.1 Die Lage depressiver Eltern.....	19
3.3.2 Die Lage eines Kindes mit einem depressiven Elternteil	20
3.3.3 Auswirkungen und Folgen für das Kind	22
3.4 Kinder im Schulalter	23
3.5 Zusammenfassung und Zwischenfazit.....	25
4. Der bio-psycho-soziale Ansatz	25
5. Resilienz.....	27
5.1 Einführung und Begriffsdefinition	28
5.2 Resilienzforschung.....	30
5.2.1 Die Kauai- Studie	31
5.2.2 Die Mannheimer-Risikokinder-Studie	33
5.3 Das Risiko- und Schutzfaktorenmodell	33

5.3.1	Das Risikofaktorenkonzept.....	34
5.3.2	Das Schutzfaktorenkonzept	37
5.3.3	Risikofaktoren und Schutzfaktoren für Kinder depressiver Eltern	40
5.4	Familiäre Resilienz.....	41
5.4.1	Förderung der Resilienz in Familiensystemen	43
5.5	Zusammenfassung und Zwischenfazit.....	45
6.	<i>Interventionsplanung</i>	46
6.1	Die klinische Sozialarbeit	46
6.2	Psychoedukation.....	47
6.2.1	Psychoedukation in Familiensystemen	48
6.2.2	Psychoedukation und Resilienzförderung.....	50
6.3	Die klinische Sozialarbeit im Kontext der Psychoedukation.....	51
6.4	Zusammenfassung und Zwischenfazit.....	52
7.	<i>Schlussfolgerung</i>	53
7.1	Zusammenführung der wichtigsten Erkenntnisse	53
7.2	Beantwortung der Fragestellung	57
7.3	Fazit	60
7.4	Ausblick.....	61
8.	<i>Quellenverzeichnis</i>	62
8.1	Literaturverzeichnis	62
9.	<i>Anhang</i>	67
9.1	Ein Fallbeispiel	67
9.2	Ehrenwörtliche Erklärung	68

Abbildungsverzeichnis

- Abbildung 1: Drei Hauptdeterminanten nach Belsky (1984) (eigene Darstellung). In Anlehnung an: Asilisi, Vadilute (2015). Entwicklungsbedingungen im Kontext der Eltern-Kind-Beziehung. Chancen und Risiken in der Interaktion mit Mutter und Vater. Wiesbaden: Springer VS.

- Abbildung 2: Das bio-psycho-soziale Modell (eigene Darstellung). In Anlehnung an: Lammel, Antonia Ute/Jungbauer, Johannes/Trost, Alexander (Hrsg.) (2015). Klinisch-therapeutische Soziale Arbeit. Grundpositionen- Forschungsbefunde- Praxiskonzepte. Dortmund: Vml. Verlag modernes Lernen.

- Abbildung 3: Primäre Vulnerabilitätsfaktoren (eigene Darstellung). In Anlehnung an: Fröhlich-Gildhoff, Klaus/Rönnau-Böse, Maike (2019). Resilienz. 5., aktualisierte Auflage. München Basel: Ernst Reinhardt Verlag.

- Abbildung 4: Sekundäre Vulnerabilitätsfaktoren (eigene Darstellung). In Anlehnung an: Fröhlich-Gildhoff, Klaus/Rönnau-Böse, Maike (2019). Resilienz. 5., aktualisierte Auflage. München Basel: Ernst Reinhardt Verlag.

- Abbildung 5: Risikofaktoren/Stressoren (eigene Darstellung). In Anlehnung an: Fröhlich-Gildhoff, Klaus/Rönnau-Böse, Maike (2019). Resilienz. 5., aktualisierte Auflage. München Basel: Ernst Reinhardt Verlag.

- Abbildung 6: Personale Ressourcen (eigene Darstellung). In Anlehnung an: Fröhlich-Gildhoff, Klaus/Rönnau-Böse, Maike (2019). Resilienz. 5., aktualisierte Auflage. München Basel: Ernst Reinhardt Verlag.

- Abbildung 7: Soziale Ressourcen (eigene Darstellung). In Anlehnung an: Fröhlich-Gildhoff, Klaus/Rönnau-Böse, Maike (2019). Resilienz. 5., aktualisierte Auflage. München Basel: Ernst Reinhardt Verlag.

1. Einleitung

In der Fachliteratur wird festgehalten, dass ungefähr jede zweite Person mindestens einmal im Leben von einer psychischen Erkrankung betroffen ist (vgl. Schuler et al. 2007: 11).

Zu erwähnen ist, dass Menschen mit einer psychischen Erkrankung ebenso oft Kinder haben, wie psychisch gesunde Menschen (vgl. Mattejat 2011: 74). Bei Kindern, welche mit einem psychisch kranken Elternteil aufwachsen, erhöht sich das Risiko im Verlauf ihres Lebens selbst eine psychische Störung zu entwickeln (vgl. Lenz 2005: 13). Die Bedeutung der Kindheit über die gesamte Lebensspanne, vor allem prägende Erlebnisse durch psychisch kranke Elternteile, bedarf einer genaueren Betrachtung. Die Kindheit wird als eine Zeit des Reifens, Sich-Entwickelns, Ausprobierens und des Kennenlernens der Umwelt beschrieben (vgl. Gahleitner/Hahn 2012: 9). Demzufolge gilt die Kindheit als eine wertvolle Zeit und über das gesamte Leben eines Menschen betrachtet als prägende, aber auch besonders verletzbare Phase. Jedes Kind ist auf einen liebevollen Umgang mit Schutz, Fürsorge und Förderung durch ihre primären Bezugspersonen angewiesen. Entwicklungspsychologisch gesehen ist eine gelungene Kindheit, für die weitere Entwicklung der Kinder von höchster Bedeutung. Jedoch sind Menschen in ihrer Kindheit vielen Risikofaktoren ausgesetzt (vgl. ebd.). Es gibt beispielsweise Kinder, die einer Vielzahl von Risikofaktoren seitens der Eltern ausgesetzt sind. Unter anderem können hier psychische Erkrankungen der Elternteile eine Rolle spielen. Nichtsdestotrotz gibt es Kinder, denen es auch mit diesen Einflüssen gelingt, sich gut zu entwickeln (vgl. Walsh 2006: 44). Zudem gibt es Hinweise darauf, dass ein Kind, durch pure menschliche Widerstandskraft die Möglichkeit hat, sich von gegebenen Umständen gewissermassen zu distanzieren. Die Fähigkeit, sich von schwierigen Lebenssituationen abzugrenzen, wird unter anderem als Resilienz bezeichnet (vgl. Altenthan et al. 2013: 531).

1.1 Hintergrund und Problemstellung

Die Autorin der vorliegenden Arbeit hat im Rahmen des Vorpraktikums für das Bachelorstudium der Sozialen Arbeit an der FHNW zwei Jahre als Miterzieherin in der Kinder- und Jugendpsychiatrie Bern gearbeitet. Parallel zum Studium arbeitete die Autorin als Sitzwache in einer Erwachsenenpsychiatrie. In den verschiedenen Arbeitsbereichen fällt auf, dass es viele Kinder gibt, die einen psychisch kranken Elternteil haben. Unter den Kindern, die in der Kinder- und Jugendpsychiatrie behandelt wurden oder behandelt werden, befinden sich oft solche mit einem depressiven Elternteil. Oftmals leiden diese Kinder unter der Störung der Eltern, so dass sie selbst Verhaltensauffälligkeiten entwickeln und daraufhin beispielsweise infolge einer Anpassungsstörung oder einer reaktiven Bindungsstörung in die Klinik eingewiesen werden. Im Rahmen der Behandlung der Heranwachsenden steht die Krankheit des Kindes im Vordergrund und es entsteht der Eindruck, dass die Auseinandersetzung mit der Krankheit oder der Verfassung der Eltern in den Hintergrund gerät. Nach einer Abklärungsphase wird im Rahmen einer Psychoedukation über den Befund und die

Diagnose(n) der Kinder gesprochen und daraufhin, mit Einverständnis der Eltern, eine Behandlungsphase initiiert. Die Eltern werden stark in den Behandlungsprozess der Kinder miteinbezogen. Die Psychoedukation findet in der Kinder- und Jugendpsychiatrie im Rahmen eines Gesprächs statt, in welchem die Betroffenen und deren Familiensystem über die Diagnose(n) informiert werden. Die Psychoedukation trägt in diesem Setting zum Verständnis bei und bietet den Rahmen, allfällige Fragen zu klären. Auffällig dabei ist, dass die Eltern zwar stark in den Behandlungsprozess der Kinder einbezogen werden, die Kinder jedoch bedeutend weniger in die Behandlungsprozesse der Eltern. Sie werden dadurch kaum über die Diagnosen oder den Behandlungsverlauf der Eltern informiert.

Durch eigene berufliche Erfahrungen hat die Autorin festgestellt, dass im Alltag der Kinder- und Jugendpsychiatrie der Fokus stark auf die Behandlung der psychischen Störung gelegt wird und dadurch teilweise die Stärkung und Förderung der Ressourcen des Kindes weniger Beachtung findet. Barbara Perras unterstützt diese Sichtweise mit ihrem Beitrag «Defizitorientiert- oder an den Stärken ansetzen?». Gemäss Perras befasst sich die traditionelle Defizitorientierung mit der Suche danach, was dem Kind «fehlt», während die Pädagogik ihren Fokus auf das «Stark Werden» der Kinder trotz widriger Umstände setzt. Demzufolge betrachtet sie die Resilienz als Ressourcenansatz und nicht als Defizitorientierung (vgl. Perras o.J.).

Diese Differenz hat das Interesse der Autorin, diesen Bereich im Rahmen dieser Arbeit näher zu untersuchen, noch mehr angeregt. Das Ziel dieser Thesis ist es, durch die familiäre Resilienzförderung herauszufinden, welchen Beitrag die Förderung in einem ambulanten Setting durch die klinische Sozialarbeit bieten kann. Hierzu scheint es wichtig zu betonen, dass zwischen der Resilienz der Individuen und der Resilienz des Systems unterschieden werden muss. Das Modell der familiären Resilienz beinhaltet nicht nur die allgemeine Stärke eines Individuums, sondern auch die dynamischen Prozesse, welche eine Anpassung an zerrüttende Lebensumstände fördern (vgl. Walsh 2012: 43). Walsh bezieht sich auf die Arbeit von Rutter (1987) aus der hervorgeht, dass früher die Annahme herrschte, dass sich Resilienz aus angeborenen Stärken oder charakterlicher Festigkeit zusammensetzt. Basierend auf der Arbeit von Rutter ist die aktuelle Ansicht, dass sich die Resilienz aus der Interaktion von Anlage und Umwelt ergibt (vgl. ebd.: 45). Somit muss die Resilienz eines Individuums multisystemisch betrachtet werden, beispielsweise unter Berücksichtigung der individuell, familiär und soziokulturell positiven und negativen Einflüsse auf das Individuum (vgl. ebd.).

Durch die tägliche Arbeitserfahrung im Alltag der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der oben genannten Fachliteratur wird ersichtlich, dass Kinder psychisch kranker Eltern oftmals in den Hintergrund geraten. Demzufolge ergibt sich die Frage, wie gut die kindliche psychische Widerstandskraft unter solchen Umständen entwickelt werden kann.

Die Autorin erachtet es als sehr wichtig, herauszufinden, welche Faktoren die Resilienz von Kindern stärken können (vgl. Wustmann/Seiler 2016: 15). Aus Sicht der Autorin dieser Arbeit kann dieser Ansatz und das Modell der familiären Resilienz für die Arbeit mit Kindern mit einem depressiven Elternteil gewinnbringend sein. Im Vordergrund steht dabei, die familiäre Resilienz zu stärken indem die familiäre Kommunikation gefördert wird.

1.2 Fragestellung

Infolge der oben dargestellten Thematik von Depression der Elternteile und der familiären Resilienz ergibt sich aus dieser Herleitung die folgende Fragestellung:

Inwiefern kann die klinische Sozialarbeit im ambulanten Setting Kinder mit einem depressiven Elternteil durch Förderung der familiären Resilienz auf verschiedenen Ebenen stärken?

Um die Fragestellung zu beantworten, werden in dieser Arbeit die folgenden Unterfragen geklärt:

- Was ist eine elterliche Depression und welche Auswirkungen hat die psychische Störung auf das familiäre Umfeld?
- Wie sind Kinder von der Depression der Eltern betroffen?
- Wie beeinflusst die Depression eines Elternteils die Entwicklung und die Befindlichkeit ihrer Kinder?
- Was bedeutet Resilienz?
- Welche Rolle spielen bio-psycho-soziale Faktoren in Bezug auf die Resilienzförderung von Kindern?
- Welche Risiko- und Schutzfaktoren sind für Kinder mit einem depressiven Elternteil bedeutsam?
- Was ist das Risiko- und Schutzfaktorenkonzept? Wie steht es mit der Resilienz in Verbindung?
- Was bedeutet familiäre Resilienz?
- Weshalb kann das Resilienz Konzept als methodischer Zugang für die klinische Sozialarbeit von Bedeutung sein?
- Welche Interventionsmöglichkeiten haben Professionelle der klinischen Sozialarbeit in Bezug auf Kinder mit einem depressiven Elternteil?
- Was bedeutet Psychoedukation?
- Was leistet klinische Sozialarbeit im Rahmen der Psychoedukation?

1.3 Bezug zur Sozialen Arbeit

Die Kernaufgabe der Sozialen Arbeit ergibt sich über das fachgerechte Handeln der Professionellen der Sozialen Arbeit, sowie über die Herstellung und Verwendung wissenschaftlicher Erkenntnisse (vgl. Thole 2012: 20). Die Handlung und die Tätigkeit der Profession der Sozialen Arbeit wird durch theoretisches Wissen, Konzepte und Verfahren der eigenen Disziplin sowie der Human- und Sozialwissenschaften und dem Erfahrungswissen geleitet (vgl. AvenirSocial 2015: 1). Praxis und Theorie befinden sich also in einer Wechselbeziehung und profitieren gegenseitig voneinander (vgl. Thole 2012: 20). Die Profession der Sozialen Arbeit bemüht sich, soziale und gesundheitliche Ungleichheiten abzubauen (vgl. vgl. Homfeldt/Gahleitner 201: 47f.). Die Unterstützung der Kinder und deren Familien kann aus professioneller Sicht beispielsweise durch die klinische Sozialarbeit stattfinden. Die klinische Sozialarbeit zählt als ein neues spezifisches Handlungsfeld im Bereich «Gesundheit» der Sozialen Arbeit. Das klinische Handlungsfeld der Sozialen Arbeit befasst sich mit dem Konzept der Salutogenese, Gesundheitsförderung und mit Prävention (vgl. Dörr 2002: 2). Die Zielgruppe der klinischen Sozialarbeit ergibt sich aus mehrfach belasteten Klienten und Klientinnen, die von anderen Hilfsangeboten, unter anderem auch der Sozialen Arbeit, mangelhaft oder kaum erreicht werden (vgl. Höllmüller 2011: 241). Die klinische Sozialarbeit wird dadurch charakterisiert, dass die Expertise in der psycho-sozialen Beratung, der Behandlung und Prävention bei schweren Belastungen, Krisen und psychischen, sozio- und psychosomatischen und chronischen Erkrankungen liegt (vgl. Pauls 2013: 16).

Die Thematik der Kinder psychisch kranker Eltern ist klinischer Alltag und auch wissenschaftlich im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie seit ungefähr zwanzig Jahren stark vertreten. Unter Bezugnahme auf Schulte-Markwort und Resch (2012) stellen Plass und Wiegand-Grefe fest, dass in diesem Bereich, in Bezug auf spezifischer Diagnostik und therapeutischen Strategien, starkes Verbesserungspotential herrscht (vgl. Plass/Wiegand-Grefe 2012: 11). Die Thematik dieser Arbeit ist somit für die Soziale Arbeit bedeutend, weil aus den Ergebnissen sowie aus der kritischen Reflexion Anregungen für präventive Schlüsse für die Praxis gezogen werden können.

1.4 Aufbau der Arbeit

Die Arbeit beginnt mit der Einleitung im ersten Kapitel, wobei unterschiedliche Erkenntnisse und Interessensbezüge festgehalten werden. Durch diese Erläuterungen soll die Fragestellung hergeleitet und dargestellt werden. Ausserdem werden im ersten Kapitel die Ziele der Arbeit aufgezeigt und ein Überblick über den Ablauf der vorliegenden Bachelor-Thesis gegeben. Anhand dieser Informationen beginnt das zweite Kapitel. Im zweiten Kapitel wird der Begriff «Familie» definiert, die Eltern-Kind-Beziehung thematisiert und auf das elterliche Erziehungsverhalten eingegangen. Mit einer kurzen Zusammenfassung und einem

Zwischenfazit wird dieses Kapitel abgeschlossen. Im dritten Kapitel geht es darum, einen theoretischen Einblick darüber zu geben, was eine Depression ist und wie sich diese psychische Störung auf die Elternschaft auswirkt. Die Situation der betroffenen Kinder wird in diesem Kapitel ebenfalls beleuchtet. Der Fokus dieser Arbeit wird auf Kinder im Volksschulalter gesetzt. Dabei geht es darum darzulegen, welche Auswirkungen die Depression auf ein Familiensystem hat und wie die Kinder mit einem depressiven Elternteil von dieser Störung mitbetroffen sind. Das Kapitel wird wieder mit einem Zwischenfazit und einer Zusammenfassung beendet. Aufbauend auf das dritte Kapitel folgt im vierten Kapitel der bio-psycho-soziale Ansatz. In diesem Kapitel werden bio-psycho-soziale Zusammenhänge dargestellt und erläutert. Im fünften Kapitel wird der Begriff «Resilienz» definiert. Zuerst werden relevante Forschungsergebnisse beleuchtet. Anschliessend wird das Risiko- und Schutzfaktorenmodell dargestellt. Im Folgenden wird beschrieben, wie das Modell der familiären Resilienz aufgebaut ist und wie es in der Praxis angewandt werden kann. In diesem Zusammenhang wird dargelegt, inwiefern Risiko- und Schutzfaktoren für die Eltern und deren Kinder relevant sind sowie diese gestärkt werden können. In diesem Kapitel liegt der Fokus darauf, wie auf einer Metaebene ein Familiensystem resilient werden kann. Das fünfte Kapitel wird mit einer Zusammenfassung und einem Zwischenfazit beendet. Die Interventionsplanung folgt im sechsten Kapitel. Es wird thematisiert, wie das Konzept der Resilienz durch die klinische Sozialarbeit im ambulanten Setting angewandt werden kann und welche Interventionsmöglichkeiten bestehen. Das Kapitel zeigt auf, welche Rolle die klinische Sozialarbeit bei der Resilienzförderung einnimmt und weshalb familiäre Resilienz als methodischer Zugang für die klinische Sozialarbeit geeignet ist. Dieser Abschnitt führt zu einer Schlussfolgerung im sechsten Kapitel. Im letzten Kapitel werden die wichtigsten Erkenntnisse zusammengefügt, um mit diesen Informationen die Fragestellung der Bachelor-Thesis beantworten zu können. Danach wird ein abschliessendes und umfassendes Fazit gezogen und weiterführende Überlegungen der Autorin werden beschrieben.

1.5 Methodisches Vorgehen

Bei der vorliegenden Bachelor-Thesis handelt es sich um eine Literatuarbeit, welche mittels Literaturrecherche in schweizerischen Literaturdatenbanken erarbeitet wird. Es wurde hauptsächlich nach den Stichworten «Resilienz», «familiäre Resilienz», «Depression», «Kinder», «Kinder psychisch kranker Eltern», «klinische Sozialarbeit», «Psychoedukation» und «Familiensysteme» recherchiert.

2. Familiensysteme

In diesem Kapitel wird auf das Familiensystem und dessen Bedeutung für das Kind eingegangen. Zuerst wird der umfassende Begriff «Familie» definiert. Anschliessend werden der ökosystemische Ansatz nach Bronfenbrenner (1981) vorgestellt und die Bedeutung von Familiensystemen für Kinder aufgezeigt. Das Kapitel wird mit einer Zusammenfassung und einem Zwischenfazit abgeschlossen.

2.1 Begriffsdefinition von Familie

Das Wort «Familie» stammt aus dem lateinischen Wort «Familia» und bedeutet Hausgemeinschaft (vgl. Langmeyer 2015: 5). Es gibt verschiedene Disziplinen, die sich mit dem Wort auseinandergesetzt haben und einen Versuch unternommen haben «Familie» zu definieren. Aus biologischer Sicht muss eine Blutsverwandtschaft bestehen, um von Familie zu sprechen (vgl. ebd.). Zudem umfasst die biologische Ebene auch die Reproduktion als Merkmal von Familien (vgl. Hartmann 2013: 39). Die rechtliche Definition lehnt sich an die biologische Definition an und ergänzt diese mit der durch adoptionsbegründete Elternschaft, welche auch zu einer Familie führt (vgl. Langmeyer 2015: 5). Anders als bei der biologischen Definition «Familie», ist Hartmann der Meinung, dass auch alleinerziehende Mütter und Väter sowie auch nichteheliche Lebensgemeinschaften als «Familie» betrachtet werden müssen (Hartmann 2013: 39). Unter Bezugnahme auf Hofer (1992), Petzold (2002), Broderick (1993) und Schneewind (1999) stellt Asisi folgendes fest: Gemäss Hofer definiert sich aus psychologischer Perspektive eine Familie durch eine intensive und beständige Beziehung zwischen Menschen, die sich auf eine nachfolgende Generation ausrichten. Familien werden durch Petzold insbesondere als soziale Beziehung durch Nähe sowie durch physische und emotionale Intimität und intergenerationelle Beziehungen bestimmt. Systemtheoretisch nach Broderick betrachtet, werden Familien als offene, zielgerichtete und autoregulierende Systeme definiert (Asisi 2015: 29). Die Familie ist nach Schneewind ein «gemeinschaftlicher Lebensvollzug». (Asisi 2015: 29). Der gemeinschaftliche Lebensvollzug mit Bezug auf Schneewind (1999) grenzt sich gemäss Langmeyer von anderen sozialen Beziehungssystemen durch Abgrenzung, Privatheit, Dauerhaftigkeit und Nähe ab (vgl. Langmeyer 2015: 6). Was bei den dargelegten Definitionen von «Familie» fehlt, ist der sozialisierende und integrative Aspekt. Unter Bezugnahme auf Schneewind (2010) berücksichtigt Langmeyer diesen Aspekt und betrachtet die Familie als primäre Erziehungs- und Sozialisierungsinstanz (vgl. ebd.: 1). Auf sozialer Ebene übernimmt die Familie wichtige Prozesse, welche die Integration von Kindern in die Gesellschaft anregen. Diese bedeutenden Sozialisationsprozesse, die innerhalb der Familie geschehen, ergeben sich aus der Interaktion mit den primären Bezugspersonen (vgl. Hartmann 2013: 39). Innerhalb einer Familie finden für Kinder wesentliche Prozesse der Sozialisation statt, die aus der innerfamiliären Interaktion zwischen den Kindern, Eltern und Geschwistern hervorgehen (vgl. Heitmann 2013: 39).

Die Sozialisationsprozesse innerhalb einer Familie sind für die Kinder grundlegend, weil sie im Gegensatz zu Erwachsenen keine unmittelbaren Erfahrungen mit gesellschaftlichen Erwartungen, Regeln und Normen machen. Daher sind die konkreten Bezugspersonen innerhalb einer Familie ausschlaggebend für kindliche Sozialisation (vgl. Heitmann 2013: 39). Das extraordinäre Kooperations- und Solidaritätsverhältnis in Familien zeichnen Familien oftmals aus. Innerhalb einer Familie bestehen Rollenstrukturen mit damit verbundenen Zugehörigkeitsbegriffe wie «Mutter», «Vater», «Sohn», «Tochter», «Schwester», «Bruder» und viele mehr. Die Rollenstrukturen zeigen zudem das Merkmal der Generationsunterschiede innerhalb von Familien auf (vgl. Hartmann 2013: 39). Wenn nur eine Generationsdifferenz zwischen Mutter-Kind oder Vater-Kind besteht, wird von einer «Kernfamilie» gesprochen. Umfasst die Familie Grosseltern oder Urgrosseltern, wird von einer Drei-Generationen oder Vier-Generationen Familie ausgegangen (vgl. ebd).

2.2 Eltern-Kind-Beziehung

Die Geburt eines Kindes in der Familie ist für Eltern und deren familiären Umfeld mit vielen verschiedenen Emotionen und Aufgaben verbunden. Die bisherigen Beziehungsformen und Familienrollen werden durch die Geburt eines Kindes verändert und auf einer strukturellen Ebene betrachtet verändert sich die Anzahl der Familienmitglieder und dadurch auch die Anzahl der Beziehungen innerhalb der Familie. Zudem entstehen unterschiedliche Kommunikationsmuster innerhalb einer Familie zwischen den Eltern und zwischen den Eltern und dem Kind (vgl. Asisi 2015: 34).

Innerhalb der Erziehung gibt es Faktoren, die eine gesunde Beziehung zwischen dem Kind und den Eltern sowie eine positive Entwicklung des Kindes fördern (vgl. Asisi 2015: 34). Es handelt sich hierbei um folgende Faktoren: «Elterliche Zuneigung und emotionale Wärme, Engagement, klare und erklärbare Regeln, offene Kommunikation, Bereitstellung entwicklungsangemessener Anregebungsbedingungen, Gewährung sich erweiternder Handlungsspielräume in der Erziehung». (Asisi 2015: 34). Mit Bezug auf Schneewind (1999) vertritt Asisi die Meinung, dass sich ein Kind, unter Berücksichtigung dieser Faktoren, in der Regel selbstbewusst, emotional stabil, sozial kompetent, selbstverantwortlich und leistungsfähig entwickeln kann (vgl. Asisi 2015: 34f.). Unter Bezugnahme auf Schneewind (1999) betrachtet Langmeyer die Familie als primäre Erziehungs- und Sozialisierungsinstanz. Die Eltern-Kind-Beziehung nimmt eine zirkuläre Struktur an. Angepasste, sozial kompetente und emotional stabile Kinder erleichtern ihren Eltern die Erziehung. Die Eltern können dadurch ein positives Erziehungsverhalten gegenüber ihren Kindern zeigen und einen positiven Erziehungsstil praktizieren. Wenn die zirkuläre Beziehungsstruktur positiv geprägt ist führt dies zu andauernden und positiven Beziehungen. Anders ist es, wenn die Beziehungsstruktur negativ geprägt ist. Dies führt dann zu einem «Teufelskreis» (vgl. Langmeyer 2015: 1).

Um die Bedeutung der Eltern-Kind-Beziehung zu verstehen, müssen zudem die Begriffe «Erziehungsverhalten» und «Coparenting» erläutert werden. Bei der Eltern-Kind-Beziehung sowie bei der Entwicklung des Kindes nehmen beide Begriffe eine tragende Rolle ein (vgl. Langmeyer 2015: 21f.). Das Erziehungsverhalten ist individuell und bezieht sich konkret auf eine Person, also das Erziehungsverhalten der Mutter gegenüber dem Kind und das Erziehungsverhalten des Vaters gegenüber dem Kind. Coparenting umfasst das Wechselspiel der beiden Erziehungspraktiken der Eltern. Es gilt zu berücksichtigen, dass Coparenting von der Paarbeziehung der Eltern abzugrenzen ist (vgl. ebd.: 22).

Das Erziehungsverhalten der Eltern wird als wichtiger Faktor für eine positive psychosoziale Entwicklung der Kinder angesehen (vgl. Langmeyer 2015: 22).

2.3 Sozioökologische Perspektive und elterliches Erziehungsverhalten

Unter Bezugnahme auf Bronfenbrenner (1981) betrachtet Asisi die Theorie der Ökologie der menschlichen Entwicklung das Familiensystem in einem erweiterten Raum. Er charakterisiert Systeme in Entwicklungskontexten dadurch, dass sie als konzentrische Kreise zu differenzieren sind. Konkret geht er von folgenden Systemen aus: Mikrosystem, Mesosystem, Exosystem, Makrosystem und Chronosystem. Die verschiedenen Systeme haben Auswirkungen auf das Kind (vgl. Asisi 2015: 25). Gemäss Asisi setzt Belsky (1984) bei Bronfenbrenners (1981) Annahmen, dass die Familie in einem breiteren Raum- konkret dem des Ökosystems- funktioniert und konzipiert ein allgemeines theoretisches Modell des elterlichen Verhaltens in Bezug auf Determinanten. Belsky definiert drei Hauptdeterminanten, welchen Einfluss auf eine dysfunktionale oder gelungene Elternschaft haben (vgl. Asisi 2015: 25). Die drei Hauptdeterminanten nach Belsky werden nachfolgend dargestellt und erläutert.

1. «Persönlichkeitseigenschaften und psychologische Ressourcen (das Wohlbefinden) jedes Elternteils»
2. «Individuelle Eigenschaften des Kindes»
3. «Einen breiteren sozialen Kontext, in welchem die Eltern-Kind-Beziehung existiert. (...) Der soziale Kontext kann eine potentielle Quelle für Stress einerseits oder Unterstützung anderseits sein.» (Asisi 2015: 25).

Abbildung 1 (eigene Darstellung): Drei Hauptdeterminanten nach Belsky (1984) (vgl. Asisi 2015: 25).

Mit Bezug auf Belsky hält Asisi folgendes fest: Aus dem Modell von Belsky geht die Annahme hervor, dass die eigene Entwicklungsgeschichte, die eheliche Beziehung, das soziale Netzwerk und die Erwerbstätigkeit das eigene psychologische Wohlbefinden und das Wesen der Eltern beeinflusst, was wiederum auf die Entwicklung des Kindes, die Eltern-Kind-Beziehung und das Erziehungsverhalten der Kindseltern einwirkt (vgl. Asisi 2015: 25).

Gemäss Asisi befasst sich Belsky mit zahlreichen Studien- und Forschungsergebnissen und hält fest, dass die Eltern eine gesunde Entwicklung ihrer Kinder durch kognitive und motivationale Fähigkeiten sowie sensitives, aufmerksames, warmes, stimulierendes und nicht einschränkendes Verhalten gegenüber ihren Kindern fördern können. Wenn die Eltern einen realistischen und sensitiven Standpunkt gegenüber der Entwicklung ihrer Kinder haben, haben die Kinder eine erhöhte Chance, sich positiv zu entwickeln. Die obengenannten Verhaltensmerkmale der Eltern können zu emotionaler Sicherheit, Verhaltensunabhängigkeiten, sozialen Kompetenzen und zu einem gesunden Intellekt führen (vgl. Asisi 2015: 26). Zudem gibt es charakteristische Eigenschaften seitens Eltern, die sich auf die Kinder entwicklungsfördernd oder entwicklungshemmend auswirken können. Belsky benennt diese Eigenschaften folgendermassen: «Persönlichkeitsreife der Eltern (...)», «Alter (...)», «Persönlichkeits-Dimensionen (...)», «psychische Gesundheit (...)», «psychologisches Wohlbefinden (...)» und «positive Erfahrungen (...)». (Asisi 2015: 26f.). Die Persönlichkeitsreife der Eltern umfasst hauptsächlich die Empathie und die Anpassungsfähigkeit der Eltern. Das Alter der Eltern wird als entwicklungsfördernd oder entwicklungshemmend in dem Zusammenhang betrachtet, da dies, je nach Ausgangslage, ihre Einstellung gegenüber ihren Kindern beeinflussen kann. Hier sind beispielsweise junge Mütter gemeint, die ein unerwünschtes Kind haben oder auch altersbedingt unrealistische Erwartungen an das Kind haben. Die Persönlichkeits-Dimensionen werden durch Eigenschaften, wie ein hohes Selbstwertgefühl, beeinflusst. Die psychische Gesundheit der Eltern kann einen grossen Einfluss auf die Entwicklung des Kindes haben. Psychisch kranke Eltern wirken auf ihre Kinder konfus, abwertend, ablehnend und zurückweisend. Die Aspekte des psychologischen Wohlbefindens und positive Erfahrungen beziehen sich auf die eigenen Erfahrungen der Eltern in ihrer Kindheit. Dabei spielen auch das Verhalten und die Charakteristika ihrer eigenen Eltern in Bezug auf ihre Entwicklung eine grosse Rolle (vgl. Asisi 2015: 26f).

2.4 Zusammenfassung und Zwischenfazit

Dieses Kapitel hält fest, dass es unterschiedliche Begriffsdefinitionen zum Wort «Familie» gibt. Aus allen Erklärungsmodellen geht hervor, dass es sich bei der Familie um ein nahes System handelt, indem verschiedene Rollenstrukturen wie beispielsweise Vater, Mutter und Kind vorhanden sind. Das Erziehungsverhalten ist individuell und bezieht sich auf die erziehende Person. Die drei Hauptdeterminanten von Belsky zeigen gemäss Asisi auf, dass die elterliche Beziehung, deren Netzwerk, Alter und vieles mehr einen grossen, positiven wie negativen Einfluss auf die Entwicklung des Kindes haben (vgl. Asisi 2015: 25).

3. Kinder depressiv kranker Eltern

Die psychische Erkrankung von Eltern ist bis heute ein stark tabuisiertes Thema, welches einen sehr hohen Risikofaktor für die Entwicklung der Kinder bedeutet und dadurch die gesamte Familie betrifft (vgl. Plass/Wiegand-Grefe 2012: 18). Das Kapitel befasst sich mit Kindern, welche einen psychisch kranken Elternteil haben. Es wird dargelegt, welchen Belastungen die Kinder ausgesetzt sind und wie das subjektive Erleben von Kindern, welche einen psychisch kranken Elternteil haben, ausfällt. In diesem Kapitel wird genauer auf die psychische Störung der Depression eingegangen. Es wird aufgezeigt, welche Auswirkungen und Folgen die Depression auf die Elternrolle, Familiensysteme und auf Kinder haben kann. Der Schwerpunkt wird auf Kinder im Volksschulalter gelegt.

3.1 Depression

Pauls (2013) bezieht sich auf die Definition der Weltgesundheitsorganisation, die « (...) Gesundheit als Zustand vollkommenen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens, nicht allein als Abwesenheit von Krankheit» definiert (Pauls 2013: 89). Biologisch betrachtet, steht eine psychische Störung mit abnormen biologischen Prozessen in Verbindung. Diese Abnormen zeigen sich vorrangig als Funktionsstörungen des zentralen Nervensystems und führen zu einem gestörten Verhalten und Erleben der betroffenen Person. Diese Störungen werden als Symptome einer Krankheit betrachtet und werden von körperlichen Gesundheitsstörungen, besonders des Gehirns ausgelöst (vgl. Heitmann 2013: 18). Psychische Erkrankungen sind in der Allgemeinbevölkerung stark verbreitet und bedeutsam. Epidemiologisch betrachtet stellen psychische Erkrankungen die grösste Gruppe an Erkrankungen dar und verursachen aus gesundheitsökonomischer Perspektive einerseits direkte Kosten bei den Krankenversicherungen und andererseits lösen sie viele Arbeitsausfälle und Frühberentungen aus (vgl. Plass/Wiegand-Grefe: 2012: 11).

Schweizweit ist die Depression die psychische Erkrankung, die am häufigsten auftritt. Insgesamt 13.2% der schweizerischen Bevölkerung leiden an Depressionen. Darunter sind mit 7.9%, Frauen häufiger von Depressionen betroffen als Männer mit 5.9%. Im Alter zwischen 55-64 Jahren ist die Erkrankungszahl bei den Männern und Frauen am Höchsten (vgl. Bundesamt für Statistik 2019.). Der Begriff «Depression» wird heute weit gefasst und wird unterschiedlich verwendet. Einerseits wird der Begriff häufig für die Bezeichnung eines einzelnen Symptoms genutzt. Andererseits steht er für ein Syndrom, was bedeutet, dass er eine gesamte Krankheitsgruppe umfassen kann. Konkret handelt es sich um die Krankheitsgruppe der affektiven Störungen nach ICD-10 und DSM-IV (vgl. Heitmann 2013: 98f.). Die Depression ist eine affektive Störung und zählt in dieser Kategorie als eine der dominierenden Störungen (vgl. Comer 2008: 214). Im ICD-10 ist die Depression unter F3, den affektiven Störungen zu finden. Unterschieden wird zwischen manischer Episode (F30.-), bipolar affektiver Störung (F31.-), depressiver Episode (F32.-), rezidivierender depressiven

Störung (F33.-) und anhaltender affektiven Störungen (F34.-) (vgl. Müssigbrodt et. al. 2006: 61). Die depressiven Störungen F32 hängen oft mit Ängsten und multiplen körperlichen Beschwerden zusammen. Manische Störungen F30 zeichnen sich durch das häufigere Vorkommen von gehobener Stimmung aus (vgl. ebd.).

Eine klinische Depression ist eine schwere psychische Störung. Das Leid, welches diese Störung mit sich bringt, schneidet tief in die Psyche des Menschen ein, hält über eine lange Zeit an und hat die Eigenschaft, dass sie sich über die Jahre hin verstärken kann (vgl. Comer 2008: 14). Betroffene Menschen erleben in ihrem Alltag eine Niedergeschlagenheit, welche sie in ihrer Rollenerfüllung nachhaltig beeinträchtigt oder gar verhindert (vgl. ebd.). Mit Bezug auf Hautzinger (1998) unterteilt Comer die Symptome einer Depression in fünf Kategorien: Emotionen, Motivation, Verhalten, Kognition und Körper (vgl. ebd.: 215). Die depressive Episode sowie die rezidivierenden depressiven Störungen zeichnen sich durch das Auftreten folgender Symptomatiken aus: Gedrückte oder traurige Stimmung, vermehrte Reizbarkeit, Interessensverlust, verminderter Antrieb, erhöhte Ermüdbarkeit, Schuldgefühle, Schlafstörungen, Konzentrationsstörungen und teilweise auch Suizidgedanken und Suizidhandlungen (vgl. Müssigbrodt et. al. 2006: 67). Diagnostisch wird zwischen der F32.0 leichte depressive Episode, F32.1 mittelgradige depressive Episode, F32.2 schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome und F32.3 schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen unterschieden. Bei F33 wird bei der rezidivierenden depressiven Störung unter F33.0 gegenwärtig leichte Episode, F33.1 gegenwärtig mittelgradige Episode, F33.2 gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome, F33.3 gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen und F33.4 gegenwärtig remittiert unterscheiden (vgl. ebd.). Differenzialdiagnostisch gilt zu beachten, dass die Symptome der Depression beinahe bei allen psychischen Störungen auftreten können. Wichtig zu beachten ist, dass die Depression eine häufige und gut behandelbare Erkrankung ist, welche jedoch sehr ernstgenommen werden muss (vgl. Müssigbrodt et. al. 2006: 67).

3.2 Ausgangslage Depression

Ein grosser Teil der Menschheit ist in ihrem Leben einmal, mehrmals oder dauerhaft von psychischen Erkrankungen oder Krisen betroffen. Es wird in Fachliteraturen festgehalten, dass ungefähr jede zweite Person mindestens einmal im Leben von einer psychischen Erkrankung betroffen ist (vgl. Schuler et al. 2007:11). Menschen mit einer psychischen Erkrankung haben gleich oft Kinder wie psychisch gesunde Menschen (vgl. Mattejat 2011: 74).

Wie bei allen Belastungen werden auch psychische Störungen zu einem Belastungsfaktor, der sich auf Lebensvollzüge wie Familie, Arbeit oder Umfeld auswirkt (vgl. Schrappe 2018: 18).

Aus kinder- und jugendpsychiatrischer sowie familienpolitischer Sicht sind psychisch kranke Erwachsene bedeutsam, wenn sie Kinder und Enkelkinder haben (vgl. Plass/Wiegand- Grefe 2012: 11). Die Risikoforschung ist zum Ergebnis gekommen, dass Kinder von Eltern mit einer

psychischen Störung einem höheren Risiko ausgesetzt sind, selbst an einer psychischen Störung zu erkranken. Demzufolge sind Kinder psychisch kranker Eltern vielfältig von der Erkrankung der Eltern betroffen und bilden eine Risikogruppe für die Entwicklung psychischer Störungen (vgl. Lenz/Wiegand-Grefe 2016: 13). Das Lebensrisiko der Allgemeinbevölkerung, an einer schweren affektiven Störung, beispielsweise an einer Depression zu erkranken, beträgt 6%. Für Kinder, welche mindestens einen Elternteil haben, welcher an einer affektiven Störung leidet, verdoppelt sich dieses Risiko auf 12%. Dennoch kann festgestellt werden, dass eine grosse Mehrheit der Kinder im Verlaufe ihres Lebens nicht an einer affektiven Störung erkrankt (vgl. ebd.). Kinder mit einem Elternteil, der an einer affektiven Störung leidet, entwickeln jedoch häufig Verhaltensauffälligkeiten, wie erhöhte Aggressivität, sozialer Rückzug, verschiedene Angststörungen, Störungen der Konzentration und Probleme in der Schule. Zudem können sie auch eine erhöhte Tendenz zu Schuldgefühlen entwickeln (vgl. ebd.: 13f.). Bei Kindern mit Störungen des Sozialverhaltens steht eine hohe Morbiditätsrate für psychische Störungen der Eltern im Zusammenhang (vgl. Plass/Wiegand-Grefe 2012: 20). Plass und Wiegand-Grefe halten fest, dass Janet (1925) in den 1920er Jahren bereits die Beobachtung machte, dass Kinder psychisch kranker Eltern ein erhöhtes Risiko haben, eine eigene psychische Störung zu entwickeln. Aus seinen klinischen Beobachtungen und Beschreibungen von Familieninteraktionen geht hervor, dass die Hauptursache für die Weitergabe psychischer Störungen auf das negativ veränderte Familienklima zurückzuführen ist. Dies hat eine erhöhte psychische Anspannung zur Folge (vgl. Plass/Wiegand-Grefe 2012: 19). Die Ursache des erhöhten Erkrankungsrisikos von Kindern mit Eltern, die von einer affektiven Störung betroffen sind, kann wissenschaftlich auf genetische Einflüsse und Umweltfaktoren zurückgeführt werden. Einerseits wird von einer erhöhten genetischen Vulnerabilität der Kinder ausgegangen. Andererseits werden die Kinder mit starken psychosozialen Belastungen im Familiensystem konfrontiert (vgl. Plass/Wiegand-Grefe 2012: 13). Zudem werden seit längerem psychosoziale Belastungsfaktoren als Risiko für die innerfamiliäre Transmission von Depressionen betrachtet (vgl. Heitmann 2013: 11).

Im Folgenden wird erläutert, welche Rolle genetische Faktoren und Umweltfaktoren spielen. Wissenschaftliche Untersuchungen führen zur Erkenntnis, dass genetische Komponenten bei verschiedenen psychischen Störungen unterschiedliche Einflüsse haben können. Beispielsweise ist belegt, dass Kinder, deren leibliche Eltern an einer psychotischen Störung leiden, die aber bei Pflegeeltern aufgewachsen sind, doppelt so häufig an einer psychotischen Störung erkranken. Im Gegensatz dazu entwickeln Kinder, deren leiblichen Eltern gesund sind, die aber bei psychisch erkrankten Pflegeeltern aufgewachsen sind, weniger psychotische Störungen (vgl. Lenz/Wiegand-Grefe 2016: 14f.).

Dennoch ist wichtig zu betonen, dass Kinder, die bei psychisch erkrankten Pflegeeltern aufwachsen, im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung einem erhöhten Risiko ausgesetzt sind, selbst mal eine psychische Störung zu entwickeln. Somit können diese Kinder, auch ohne eine Krankheit vererbt zu bekommen, öfter an einer psychischen Störung erkranken als andere. Die wissenschaftlichen Befunde sprechen somit von einer grossen Bedeutung des Erbfaktors, aber auch von einer entscheidenden Rolle der Umweltfaktoren. Es wird von einem bedeutenden Wechselspiel von den Anlage- und Umweltfaktoren ausgegangen (vgl. Lenz/Wiegand-Grefe 2016: 14f.). Es gilt zu beachten, dass die genetischen Faktoren entscheidend sind, wenn es darum geht, ob sich bestimmte Umstände des Lebens eines Kindes negativ auf das Kind auswirken oder nicht. Die genetischen Faktoren bestimmen demzufolge, wie ein Kind auf belastende Lebensumstände reagiert oder nicht. Die Umweltfaktoren bestimmen bei Kindern mit einem Elternteil, welches an einer psychischen Störung leidet, ob sie Auffälligkeiten oder Störungen entwickeln. Das bedeutet konkret, dass weniger belastende Umweltfaktoren nur vorübergehende oder mildere Störungen und Auffälligkeiten auslösen und dass belastende Umwelteinflüsse das Erkrankungsrisiko erhöhen (vgl. ebd.: 15f.). Die familiären Lebensumstände können aus der Perspektive der Umweltfaktoren, durch das Erziehungsverhalten, die Eltern-Kind-Beziehung und der Beziehung zwischen den Eltern geprägt werden (vgl. ebd.: 16f.). Die individuellen Faktoren der Kinder werden im fünften Kapitel zum Thema Resilienz aufgeführt.

Die Konstellation von Kindern und deren psychisch kranken Eltern ist klinisch betrachtet herausfordernd, weil nicht nur die Symptomatik der betroffenen Kinder von Relevanz ist, sondern auch die familiäre Situation miteinbezogen werden muss. Im Vergleich zu kinder- und jugendpsychiatrischen Krankheitsbildern ist die Thematik der Kinder psychisch kranker Eltern komplexer, weil immer eine transgenerationale Betrachtungsweise erfordert wird (vgl. Plass/Wiegand-Grefe 2012: 18).

3.3 Einfluss von Depression auf die Familie

Um die Lage und die Lebenssituation von Kindern depressiv erkrankter Eltern zu verstehen, wird zuerst der Einfluss von der elterlichen Depression auf die Familie beschrieben.

Die psychische Erkrankung eines Elternteils stellt für die Kinder einen Hochrisikofaktor dar, der stark totgeschwiegen wird. Die psychische Erkrankung der Eltern gefährdet die Entwicklung der Kinder, ergibt eine innerfamiliäre Risikokonstellation und betrifft somit die gesamte Familie (vgl. Plass/Wiegand-Grefe 2012: 27).

Die Depression der Eltern wirkt sich auf den Lebensalltag der Kinder belastend aus. Durch Krisensituationen der Eltern werden für die Kinder verlässliche Strukturen und Tagesabläufe nicht aufgebaut oder aufrechterhalten. Die elterliche Depression kann dazu führen, dass es den Eltern je nach Verfassung nicht gelingen kann, den Morgen zu bewältigen und das Bett zu verlassen (vgl. Plass/Wiegand-Grefe 2012: 27).

Durch die Erschöpfung, welche mit der Depression im Zusammenhang steht, verfallen wichtige Interaktionen zwischen den Eltern und dem Kind, die für die kindliche Entwicklung von grosser Bedeutung sind. Zudem werden oftmals alltägliche Haushaltsarbeiten von den Eltern nicht bewältigt (vgl. Plass/Wiegand-Grefe 2012: 27).

Die elterliche Depression kann zu veränderten innerfamiliären Rollenverteilungen führen. Plötzlich übernehmen die Kinder Aufgaben des Vaters oder der Mutter oder werden in altersinadäquate Aufgaben eingebunden. Wenn ein depressiver Elternteil alleine mit einem Kind lebt, kann oft eine Parentifizierung entstehen. Parentifizierung hängt mit einer Rollenumkehr innerhalb der Familie zusammen, in denen Kinder häufig Eltern- oder Partnerfunktionen für ihre Eltern annehmen (vgl. Plass/Wiegand-Grefe 2012: 28f.). Die psychische Erkrankung der Eltern kann eine Destabilisierung der familiären Strukturen hervorrufen und Generationengrenzen werden durchlässig. Für die Funktionalität einer Familie sind die Grenzen der Generationen unabdingbar, weil diese Unterschiede von kindlichen- und elterlichen Rollen aufzeigen (vgl. ebd.). Durch die Übernahme von Elternfunktionen, Partnerfunktionen oder alltäglichen Aufgaben erhoffen sich Kinder depressiver Eltern, die Eltern entlasten zu können und allenfalls eine Einweisung in eine Klinik zu verhindern oder zu verzögern. Zudem wird von einer Denormalisierung des familiären Alltags gesprochen, der von Vorsicht, Rücksichtnahme und Schonung geprägt wird. Die nicht Erkrankten in der Familie nehmen eine vermeidende Haltung gegenüber Belastungen ein und verzichten auf Kritik, Forderungen sowie Gefühlsäusserungen. Zudem passen sich die nicht Erkrankten innerhalb der Familie an Tagesstrukturen und (Ruhe-)Bedürfnissen des erkrankten Elternteils an und ignorieren die eigenen Bedürfnisse und Wünsche (vgl. Lenz 2008: 26). Die Verantwortung und Übernahme von bestimmten Aufgaben nehmen von den betroffenen Kindern zu, weil sie aus Angst vor einem Rückfall oder einer Verstärkung der Symptomatik des depressiven Elternteils das Bedürfnis haben, den erkrankten Elternteil zu entlasten (vgl. Lenz 2008: 26).

3.3.1 Die Lage depressiver Eltern

Heitmann (2013) ist der Meinung, dass die Datenlage zum Anteil der Eltern, die von einer psychischen Störung betroffen sind, bis heute nicht befriedigend ist. In Deutschland existiert allein die German National Health Interview and Examination Survey (GHS-MHS), die bezogen auf die Population repräsentative Daten zu der Relation zwischen Elternschaft und psychischer Gesundheit zur Verfügung stellt. In der GHS-MHS Studie wurden Eltern im Altersbereich von 18-49 Jahren für zwölf Monate untersucht, die mit mindestens einem Kind im gleichen Haushalt leben. Aus der GHS-MHS geht hervor, dass Kinderlose mit 34,2% häufiger von psychischen Störungen betroffen sind als Eltern mit 29,7%. Zudem sind Eltern mit 10,8% weniger von depressiven Störungen betroffen als Kinderlose, die 13,4% erreichten. In Bezug auf die depressiven Störungen gibt es jedoch einen bemerkenswerten

Geschlechterunterschied; Mütter sind mit 36,9% häufiger von Depressionen betroffen als Väter mit 21,5% (vgl. Heitmann 2013: 57).

Psychisch kranke Eltern zeigen entwicklungshemmende Eigenschaften gegenüber ihren Kindern. Durch ihre psychische Störung und der damit verbundenen Belastung verhalten sich die Eltern gegenüber den Kindern feindselig, inkonsistent und zurückweisend (vgl. Asisi 2015: 27). Aus Forschungsarbeiten geht hervor, dass Eltern, die von einer psychischen Störung betroffen sind, über eingeschränkte Erziehungskompetenzen verfügen und Schwierigkeiten in der Erziehung haben (vgl. Heitmann 2013: 11). Über die Prävalenz psychisch kranker Eltern konnte bisher keine vollumfänglichen Angaben getroffen werden. Dies wird damit begründet, dass bisher unterschiedliche Populationen untersucht wurden. Die Universitätsklinik Hamburg Eppendorf hat eine Studie über neun Monate durchgeführt. Insgesamt waren 271 psychisch kranke Eltern beobachtet worden, davon waren 167 Eltern von minderjährigen Kindern (vgl. Wiegand-Grefe et al. 2009: 19). Etwa die Hälfte dieser Eltern lebten mit ihren Kindern oder pflegten regelmässigen Kontakt zu ihnen. Wichtig zu beachten ist, dass die Rate der Elternschaft bei psychisch Kranken auch im psychiatrischen Krankheitsbild und elterlichem Geschlecht variiert. Die höchste Elternschaftsrate wird mit 70% von den affektiv Erkrankten vertreten. Davon sind 42% davon Mütter und 28% Väter. Danach folgt die Suchterkrankung mit einer Elternschaftsrate von 55% (vgl. Plass/Wiegand-Grefe 2012: 19). Depressive Eltern geben an, nicht mit den Kindern über ihre Erkrankung sprechen zu wollen, weil sie ihre Kinder schützen möchten (vgl. ebd.: 25).

3.3.2 Die Lage eines Kindes mit einem depressiven Elternteil

Die Lage der Kinder mit einem depressiven Elternteil löst die Frage aus, welche subjektive Belastungen für die Kinder bestehen. Nachfolgend wird ein Einblick in die Erlebniswelt, die Gefühle und in den Umgang mit den belastenden Anforderungen des Alltags verschafft.

Zu den subjektiven Belastungsfaktoren der Kinder mit einem depressiven Elternteil gehören die elterliche Erkrankung, das Wissen über die elterliche Erkrankung, das Totschweigen, Isolierung und Kommunikationsverbot, Auftreten von sozialer Unterstützung, der familiäre Alltag, die Parentifizierung und die subjektive Gefühlslage der betroffenen Kinder (vgl. Plass/Wiegand-Grefe 2012: 23). Kinder deren Eltern von einer Depression betroffen sind, haben ein erhöhtes Risiko emotionale Probleme und Verhaltensprobleme zu entwickeln. Es gibt Fälle, in denen beide Eltern und das Kind psychiatrische Probleme, wie eine Depression haben. Dies ist einerseits genetisch, aufgrund der gemeinsamen Gene, bedingt. Andererseits auch von der gemeinsamen Umgebung geprägt. Zudem liefern die Eltern dem Kind ein direktes Modell. Kinder depressiver Eltern sind den Symptomen der elterlichen Depression und den familiären Belastungsfaktoren ausgeliefert (vgl. Goodman/Scott/Rothenberger 2007: 331). Die psychische Erkrankung der Eltern hat Auswirkungen auf den Alltag der Kinder. So können vertraute und verlässliche Strukturen und Abläufe in Krisensituationen eines Elternteils

nicht bewahrt werden, so dass für das Kind Altvertrautes zusammenbricht. Dies kann beispielsweise die Tatsache beinhalten, dass es einem depressiven Elternteil nicht gelingt, am Morgen das Bett zu verlassen oder die Erschöpfung überhandnimmt und alltägliche Bestandteile wie Spielsequenzen, Wegbegleitungen oder Haushaltstätigkeiten nicht mehr gelingen und nicht mehr bewältigt werden (vgl. Plass/Wiegand-Grefe 2012: 27). Zudem kann die elterliche Depression zu einer Rollenverteilung innerhalb der Familie führen und die kindlichen Bedürfnisse geraten in den Hintergrund (vgl. ebd.: 28). Eltern, die von einer psychischen Erkrankung betroffen sind, haben eingeschränkte Erziehungskompetenzen und sind oftmals mit Problemen in der Erziehung konfrontiert. Die erwähnten Erziehungsschwierigkeiten werden im Zusammenhang mit der Sozialisation der Kinder, als Belastungsfaktor betrachtet. Die mit der psychischen Erkrankung verbundenen kognitiven und emotionalen Defizite der Eltern manifestieren sich im Umgang mit den Kindern als Belastungsfaktoren und erhöhen das Risiko, bei den Kindern psychisch kranker Eltern, eine psychische Störung zu entwickeln (vgl. Heitmann 2013: 11). Kinder depressiver Eltern nehmen die krankheitsbedingten Veränderungen der Eltern zu einem frühen Zeitpunkt präzise wahr, weil die Kinder in der Regel mit ihren Eltern emotional sehr eng verbunden sind (vgl. Plass/Wiegand-Grefe 2012: 23). Depressive Eltern zeigen Interaktionsstörungen gegenüber dem Kind. Säuglinge und Kleinkinder erfahren Einschränkungen der Mutter hinsichtlich der Empathie, Feinfühligkeit und der emotionalen Verfügbarkeit. Zudem gelingt es den Müttern nicht, unmittelbar und adäquat auf kindliche Signale zu reagieren. Es wird festgestellt, dass der Blickkontakt, das Anlächeln, das Sprechen und Interaktionsspiele mit den Kindern depressiven Mütter nur bedingt gelingt. In Fachliteraturen wird festgehalten, dass Kindern mit einem depressiven Elternteil oftmals ein gestörtes Bindungsverhalten zeigen und sich in ihrer Entwicklung Störungen der Emotionsregulation oder depressive Störungen manifestieren können (vgl. Hartmann 2013: 84). Wenn das elterliche Befinden und Verhalten für die Kinder unverständlich und unbeeinflussbar scheint, reagieren Kinder oftmals mit Vermeidungsverhalten und gehen der Situation aktiv aus dem Weg. So bewegen sich solche Kinder oftmals ausserhalb der Familie, beispielsweise bei Freunden oder in Vereinen (vgl. Schrappe 2018: 14f.). Kinder, die sich im Kindergarten- oder Grundschulalter befinden, erfahren einen verminderten verbalen Austausch mit den depressiven Eltern sowie inkonsequentes Verhalten der erkrankten Eltern. Den depressiven Eltern gelingt es oftmals nicht, ihre Kinder bei Entwicklungsaufgaben zu unterstützen und ihr kindliches Selbstwertgefühl durch Lob und Anerkennung zu stärken. In der mittleren Kindheit und im Jugendalter erleben die Kinder depressiver Eltern häufig eine Parentifizierung. Die Parentifizierung schränkt die Entwicklungsphase des mittleren Kindesalters und des Jugendalters ein, indem elternhafte Aufgaben auf das Kind übertragen werden und Kinder zunehmend in elterliche Probleme eingebunden werden (vgl. Schrappe 2018: 84f.).

Demzufolge können sich Kinder zunehmend weniger mit ihren erkrankten Eltern identifizieren und sie als Vorbilder betrachten. Altersspezifische Entwicklungsaufgaben, wie beispielsweise der Kompetenzerwerb oder die Autonomieentwicklung, werden beeinträchtigt (vgl. Schrappe 2018: 84f.). Unter Bezugnahme auf Lenz (2008) und Wiegand-Grefe et al. (2011) halten Plass und Wiegand-Grefe fest, dass das Belastungserleben der Kinder abhängig von den akuten Symptomen, der Dauer, dem Krankheitsverlauf und den einhergehenden Veränderungen der Persönlichkeit der Eltern ist. Depressive Eltern konfrontieren ihre Kinder mit Rückzugsverhalten, Antriebslosigkeit, Interessenverlust, Hoffnungslosigkeit und Vernachlässigung der Aufgaben des Alltags. Für die Kinder wird die Situation äusserst belastend, wenn ein Elternteil infolge der Depression suizidal wird (vgl. Plass/Wiegand-Grefe 2012: 23). Die Einweisung eines Elternteils in eine psychiatrische Klinik kann gemäss Lenz (2005), für die Kinder einerseits als belastend, andererseits als entlastend wahrgenommen werden. Belastend ist die Situation für die Kinder, wenn sich bei der Klinikeinweisung dramatische Umstände ergeben. Solche Umstände können von den Kindern sogar traumatisch erlebt werden, indem sie die Situation mit dem Gefühl von Alleinsein in Verbindung bringen. Solche Situationen und Umstände können bei den Kindern das Bild, dass sie von den Eltern haben schädigen und die Situation von Verlust der Autonomie und Autorität der Eltern kann die Beziehung zum erkrankten Elternteil verändern. Kinder können sich nach einer Klinikeinweisung der Eltern durch Traumata bedingt zurückziehen und wirken dabei teilnahmslos und apathisch. Im ersten Moment wirkt es, als wären die Kinder vom Geschehen nicht betroffen, jedoch handelt es sich hier um Strategien, um das traumatisierende Erlebnis zu bewältigen und zu verarbeiten (vgl. Plass/Wiegand-Grefe 2012: 24). Eine Klinikeinweisung kann von Kindern dann als «positiv» und entlastend wahrgenommen werden, wenn sie in dieser Situation wahrnehmen und erleben, dass jemand die Verantwortung für den erkrankten Elternteil übernimmt und sichergestellt wird, dass der Elternteil eine indizierte Behandlung erhält (vgl. ebd.).

Kinder mit einem depressiven Elternteil haben den begründeten Eindruck, dass Familienprobleme, insbesondere wenn es um psychische Gesundheit und psychische Krankheit geht, tabuisiert werden und eine Isolierung des Themas und ein Kommunikationsverbot besteht. Die psychisch erkrankten Eltern geben an, ihre Kinder schützen zu wollen, indem sie nicht über ihre Erkrankung sprechen. Für die Kinder kann die fehlende Auseinandersetzung mit der Thematik sehr belastend und irritierend sein, weil sie Veränderung des Zustandes der Eltern wahrnehmen (vgl. Plass/Wiegand-Grefe: 25).

3.3.3 Auswirkungen und Folgen für das Kind

Kinder, welche von einer psychischen Störung der Eltern betroffen sind, weisen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung ein erhöhtes Risiko auf, selbst an einer psychischen Störung zu erkranken (vgl. Plass/Wiegand-Grefe 2012: 13). Es gibt verschiedene Möglichkeiten und

individuelle Dispositionen wie trotz dem erhöhten Risiko der Prognose der Kinder entgegengewirkt werden kann. Die Prognose kann konkret verbessert werden, indem beispielsweise systemische Aufklärungsarbeit, z.B. im Rahmen einer Psychoedukation, über die genetische und psychosoziale Vulnerabilität durchgeführt wird. Zudem kann therapeutisch und präventiv die Familien- und Lebenssituation angegangen werden (vgl. Plass/Wiegand-Grefe 2012: 13).

Eine stabile Elternschaft zeigt einen allgemeinen protektiven Faktor in Bezug auf das Auftreten psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Das Vorhandensein einer psychischen Störung bei den Eltern erhöht jedoch das Risiko bei den Kindern, selbst eine psychische Störung zu entwickeln (vgl. Hartmann 2013: 59).

3.4 Kinder im Schulalter

Das Leben kann mit einer Strasse verglichen werden, die in mehrere Abschnitte unterteilt wird. Die «Lebensstrasse» beginnt mit der Geburt und endet mit dem Tod. Fast alle Menschen durchlaufen alle Abschnitte in der gleichen Weise. Jedoch befindet sich jeder Mensch zu seiner Zeit auf seinem individuellen Weg. Jeder Lebensabschnitt ist mit verschiedenen Belastungen verbunden (vgl. Comer 2008: 448).

Die Schule gehört zu einem Lebensabschnitt, den jedes Kind in der Schweiz durchläuft. Der Besuch einer Primarschule ist in der Schweiz obligatorisch. In der Schweiz umfasst die Primarstufe die erste bis zur sechsten Klasse. Die Kinder befinden sich beim Besuch der Primarstufe im Entwicklungsalter zwischen sechs und zwölf Jahren (vgl. Swissinfo 2020: o.S) Die Schule ist eine gesetzlich verankerte staatliche Institution und führt zum ersten zwangsweisen Eingriff in die Entwicklung der Kinder. In der Schulzeit werden die Erziehungspersonen erstmalig für das Kind nicht von den Eltern alleine bestimmt (vgl. Lempp 2004: 57f.). Psychologen und Psychologinnen sprechen in Fachliteraturen von der «Schulkindzeit» und meinen damit die Zeit, in der das Kind eng mit der Schule in Verbindung steht (vgl. Hobmair/Altenthon 2013: 327). Die Schulen werden als erste Sozialisationsinstanz betrachtet, die Kindern und Jugendlichen durchgehend und bewusst Lernanforderungen stellt. Die Schule hat die Absicht, den Kindern und Jugendlichen den Wissens- und Kompetenzerwerb zu ermöglichen. Aus sozialwissenschaftlicher Perspektive ist die Schule für die Kinder und Jugendlichen ein komplexes Lernfeld für Erfahrungen, welches nicht nur auf fachliche Inhalte begrenzt wird. In den Schulen beschäftigen sich Individuen stets mit gesellschaftlichen Anforderungen und der Persönlichkeitsentwicklung (vgl. Hartmann 2013: 41). Das Lernen steht in der Schule im Mittelpunkt. Lehrpersonen organisieren bestimmte Lernprozesse. Dabei orientieren sie sich an der Entwicklung der individuellen Fähigkeiten der Kinder und Jugendlichen (vgl. Hobmair 2013: 310f.).

Die Richtlinien und Lehrpläne des Gesetzgebers müssen eingehalten werden, indem die Schule ihren Bildungs- und Erziehungsauftrag wahrnimmt (vgl. Hobmair 2013: 310f.).

Die Schule hat in der Schweiz eine Sozialisations-, Personalisations-, Qualifikations- und Selektionsfunktion (vgl. ebd.: 316). Vor der Einschulung hängt der Kontakt mit anderen Kindern von der Familienstruktur ab. Die Familienstruktur beinhaltet die Anzahl Geschwister, Kinder in der Nachbarschaft und Kinder in der Verwandtschaft, mit denen das Kind Kontakt pflegt. Der Kontakt zu anderen Kindern ist demzufolge vor der Einschulung von der Entscheidung der Eltern abhängig. Durch die Verschiedenheiten in den Familienstrukturen ist der Eintritt in die Schule für jedes Kind mit anderen Herausforderungen verbunden. Die Schule bedeutet für einige Kinder einen signifikanten Einschnitt in die Entwicklung der Psyche und deren sozialen Umfelds. Bevor der Eintritt in die Schule erfolgt, wird die Schulreife des Kindes überprüft. Somit hängt der Schuleintritt nicht nur vom Alter des Kindes ab, sondern auch von der Entwicklung des Intellekts oder der Kognition des Kindes sowie von sozialen Faktoren (vgl. Lempp 2004: 57f.).

Gemäss Hobmair und Altenthan ist die primäre Entwicklungsaufgabe von Kindern im Primarschulalter die Schulfähigkeit zu erlangen. Die Schulfähigkeit umfasst Anforderungen, die während den ersten Schuljahren bewältigt werden müssen. Im Idealfall besteht die Schulfähigkeit bereits beim Überprüfen der Schulreife vor der Schule. Falls die Schulfähigkeit vor dem Eintritt noch nicht vollumfänglich vorhanden ist, kann diese auch während der Schulzeit weiterentwickelt und ausgebaut werden (vgl. Hobmair/Altenthan 2013: 328). Das Kind muss in der Schulzeit über eine entsprechende Arbeitshaltung und Motivation verfügen, motorische Fertigkeiten haben, über gewisse kognitive Kompetenzen verfügen, und ein entsprechendes Sozialverhalten haben (vgl. ebd.). Diese Kompetenzen können in der frühen Kindheit, indem das Kind von den Eltern gefördert wird, erworben werden (vgl. ebd.: 329). Nebst der Schulreife oder der Schulfähigkeit durchläuft das Kind in der Kindheit stetig neue Reifungsprozesse. Zu Beginn wird eine eigene Persönlichkeit entwickelt, gefolgt von Entwicklungen der Selbständigkeit. In der Kindheit durchläuft ein Individuum verschiedene Alters- und Entwicklungsstufen, die unterschiedliche Aufgaben, die zu bewältigen sind, hervorbringen (vgl. Hobmair/Altenthan 2013: 388).

Die Kindheit wird von Menschen oft für eine sorglose, unbeschwerte und glückliche Zeit gehalten. Jedoch ist es so, dass die Kindheit für viele als beunruhigende und beängstigende Zeit betrachtet werden kann, in denen die Kinder stets mit neuen Menschen, Situationen, Entwicklungsaufgaben und Hindernissen konfrontiert werden. Die Adoleszenz wird von der Gesellschaft auch teilweise als «schwungvolle Aufbruchsphase» angesehen. Die Jugendlichen sind in dieser Zeit vielen körperlichen und sexuellen Veränderungen, schulischen und sozialen Belastungen und Zweifeln ausgesetzt (vgl. Comer 2008: 448).

Die Heranwachsenden erleben die Adoleszenz oft als eine beängstigte, verwirrende und deprimierende Phase des Lebens (vgl. Comer 2008: 448). In der Kindheit und in der Adoleszenz haben die Heranwachsenden nur bedingt Kontrolle über ihr eigenes Leben und sind stark von Haltungen und Reaktionen ihrer Familie abhängig (vgl. ebd.: 474).

3.5 Zusammenfassung und Zwischenfazit

Aus diesem Kapitel geht hervor, dass Kinder, welche einen psychisch kranken Elternteil haben, einem erhöhten Risiko ausgesetzt sind, selbst eine psychische Störung zu entwickeln. Es ist wichtig zu beachten, dass genetische Faktoren und Umweltfaktoren in einer Wechselwirkung zueinanderstehen und dass beide Faktoren in die Beurteilung einbezogen werden müssen. Die Konstellation von Kindern und psychisch kranken Eltern ist von hoher klinischer Relevanz. Bei der Behandlung der psychisch kranken Eltern sollte die Thematik der Elternschaft sowie die Versorgung und Betreuung der Kinder zwingend mit einbezogen werden. Zudem legt dieses Kapitel dar, dass auch im kinder- und jugendpsychiatrischen Kontext die Thematik von psychisch kranken Eltern an Gewicht gewinnen sollte. Die Auswirkungen auf das Familiensystem und auf das zu behandelnde Kind sollten ins Auge gefasst und stets abgeschätzt werden (vgl. Plass/Wiegand-Grefe 2012: 21). Es wird erwähnt, dass Kinder im Alter zwischen sechs und zwölf Jahren viele herausfordernde Entwicklungsaufgaben bewältigen müssen. Dabei hat die Präsenz der Eltern, Lehrpersonen und Erzieher und Erzieherinnen einen hohen Stellenwert für die Kinder und deren Entwicklung. Die Schulfähigkeit steht im Zusammenhang mit den Kontakten zu anderen Kindern, dass das Kind vor der Einschulung erfahren konnte. Die Eltern sind demzufolge für die Sozialisierung ihrer Kinder vor der Einschulung stark in der Verantwortung. In der Grundschulzeit gibt es sehr viele Aufgaben, die Kinder bewältigen müssen.

4. Der bio-psycho-soziale Ansatz

Die klinische Sozialarbeit, die eine Teildisziplin der Sozialen Arbeit ist, stützt sich auf verschiedene theoretische Konzepte und Modelle. Der bio-psycho-soziale Ansatz stellt eine fundierte Sichtweise für eine angezeigte Vorgehensweise für die Praxis der klinischen Sozialarbeit dar (vgl. Pauls 2013: 32). «Ein bio-psycho-sozialer Ansatz klinischer Sozialarbeit stellt die bio-physiologische und neuro-psychologische Natur des Menschen ausdrücklich in ein soziales Bezugssystem.» (Pauls 2013: 32). Die Anfälligkeit, Krisen zu haben, Störungen zu entwickeln oder zu erkranken, kann mit dem bio-psycho-sozialen Ansatz begründet werden. Es handelt sich um eine Störung der Wechselwirkung von den biologischen-, psychologischen- und sozialen Faktoren. Die psychologischen Faktoren werden auch als individuelle Faktoren angesehen. Die biologischen Faktoren umfassen das Erleben und Verhalten der leiblichen Existenz (vgl. Pauls 2013: 32).

Das Hervorheben des dynamischen Wechselspiels von bio-psycho-sozialen Faktoren in Genese und Erkrankungen charakterisiert, dass die drei Ebenen auch ursächlich für die Entstehung von Krankheiten infrage kommen (vgl. Pauls 2013: 18). Aus gesundheitswissenschaftlichen Forschungsergebnissen geht hervor, dass psycho-soziale Integration und soziale Unterstützung die besten Schutzfaktoren vor körperlicher und psychischer Erkrankung darstellen. Zudem werden soziale Unterstützung und die psycho-soziale Integration als die besten Heilmittel betrachtet. Rehabilitation und die Wiedererlangung der Gesundheit umfassen demzufolge auch immer die (Re-)Integration in ein soziales Milieu wie auch die (Wieder-)Erlangung des psychischen und sozialen Wohlergehens. Krankheiten, deren Mängel an sozialer Zuwendung und psycho-sozialem Wohlergehen zugrunde liegen, können mit Medikamenten nicht die Bedeutung der Gesellschaft und des sozialen Milieus ausgleichen (vgl. Pauls 2013: 32). Engel (1980) gründete gemäss Pauls in den 1970er Jahren das bio-psycho-soziale Krankheitsmodell, das neben traditionellen somatischen Faktoren auch psycho-soziale Faktoren zur Erklärung von Erkrankungen und auch körperlichen Krankheiten betrachtet. Das bio-psycho-soziale Krankheitsmodell von Engel (1980) zeigt auf, dass die biologisch-organischen, die psychischen und die sozialen Bedingungen in einer sich kontinuierlich ändernden Wechselwirkung zueinanderstehen (vgl. Pauls 2013: 98). Die wesentlichen Elemente des bio-psycho-sozialen Modells sind gemäss Engel (1980) « (...) die Kommunikationswege der verschiedenen Subsysteme *innerhalb* ihres eigenen Systembereichs und *zwischen* den einzelnen Systemebenen». (vgl. Pauls 2013: 99). Nachfolgend wird das bio-psycho-soziale Modell mit den dazugehörigen Subsystemen dargestellt.

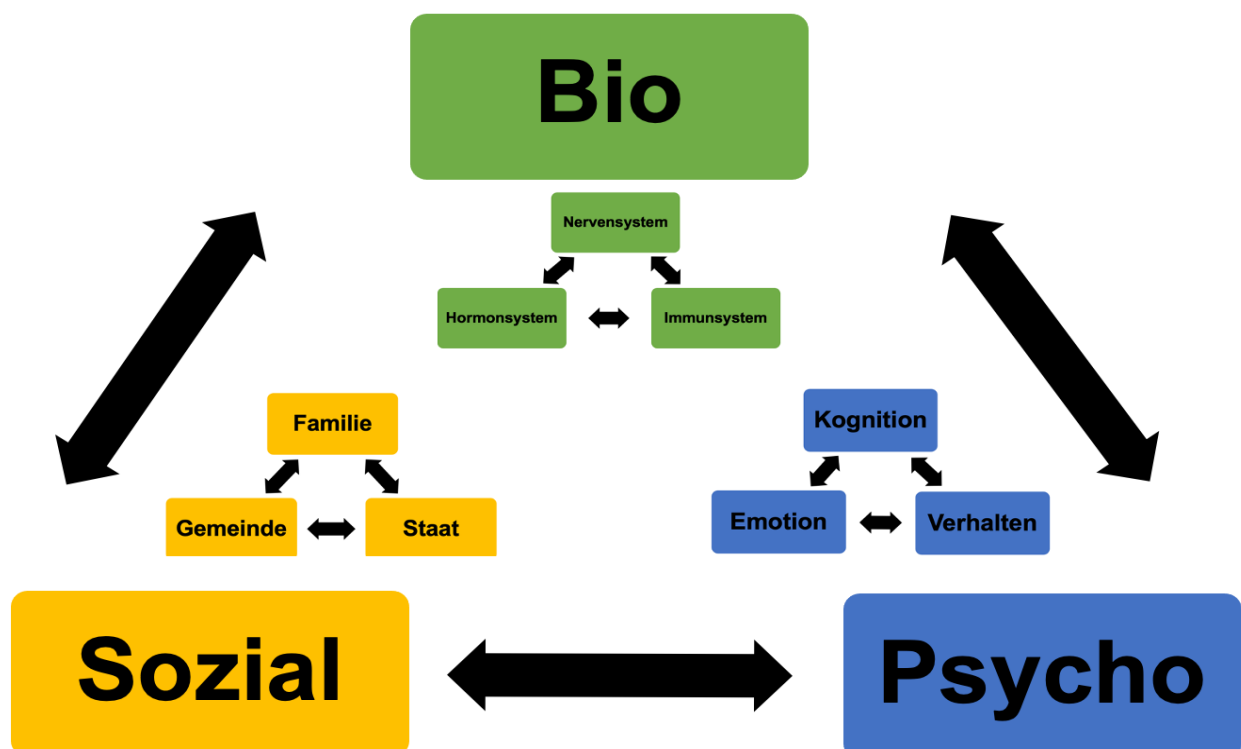


Abbildung 2 (eigene Darstellung): Das bio-psycho-soziale Modell (vgl. Lammell/Jungbauer/Trost 2015: 97).

Im kinderpsychiatrischen Bereich werden Syndromen Kombinationen von Symptomen und Zeichen zugeordnet, die sich innerhalb von vier Bereichen lokalisieren. Die vier Bereiche ergeben sich aus den Emotionen, dem Verhalten, der Entwicklung und den Beziehungen. Konkret befassen sich Fachpersonen mit den emotionalen Symptomen, Verhaltensproblemen, Entwicklungsstörungen und Beziehungsschwierigkeiten. Das multiaxiale Klassifikationsschema, das im ICD-10 und DSM-IV zu finden ist und bei psychiatrischen Störungen im Kindes- und Jugendalter angewandt wird, dient in diesem Zusammenhang als kategoriale Orientierungshilfe. Die multiaxiale Klassifikation psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter wird in fünf Achsen unterteilt. Die erste Achse umfasst das klinisch-psychiatrische Syndrom. Der zweiten Achse werden umschriebene Entwicklungsstörungen zugeordnet, gefolgt von der dritten Achse, welche das Intelligenzniveau berücksichtigt. In der vierten Achse wird die körperliche Symptomatik eingegliedert. Die fünfte und die sechste Achse berücksichtigen die psychosozialen Umstände und die Anpassung. Zur fünften Achse, die aktuelle abnorme psychosoziale Umstände umfasst, gehören abnorme intrafamiliäre Beziehungen, psychische Störungen oder Behinderungen in der Familie sowie abnorme Erziehungsbedingungen und eine abnorme unmittelbare Umgebung. In der sechsten Achse erfolgt eine Globalbeurteilung der psychosozialen Anpassung beziehungsweise Beeinträchtigung in den Bereichen soziale Beziehungen, Bewältigung sozialer Situationen, schulische und/oder berufliche Anpassung sowie die Interessen und Freizeitaktivitäten (vgl. Goodman/Scott/Rothenberger 2007: 4f.). Ein Beispiel für das multiaxiale Klassifikationsschema mit den Aspekten des Kindes wird nachfolgend erläutert. Das multiaxiale Klassifikationsschema bei einem Kind in einem ambulanten Setting könnte auf der Achse 1 eine Trennungsangst umfassen, auf der Achse 2 eine Lese-Rechtschreibstörung, auf der Achse 3 eine Lernbehinderung, auf der Achse 4 eine Epilepsie, auf der Achse 5 eine institutionelle Erziehung und auf der Achse 6 der Bedarf nach einer beträchtlichen Betreuung sein (vgl. Goodman/Scott/Rothenberger 2007: 39). Prädisponierenden Faktoren, auslösende Faktoren, aufrechterhaltende Faktoren sowie das Fernbleiben von Schutzfaktoren liegen kinderpsychiatrischen Krankheiten zugrunde (vgl. ebd. 11f.). In diesem Zusammenhang wird im nächsten Kapitel die Resilienz thematisiert.

5. Resilienz

«Das Resilienzkonzept bietet jenen, die täglich mit Elend und Leid zu tun haben, einen Ausblick auf Hoffnung.» (Welter-Enderlin/Hildenbrand 2016: 7).

In den vorangegangenen Kapiteln wurde die Lage von Kindern psychisch kranker Eltern mit dem Fokus auf eine depressive Störung eines Elternteils dargelegt. Es wurde aufgezeigt, welchem hohen Risiko die Kinder psychisch kranker Eltern ausgesetzt sind, wenn es um die Entwicklung einer psychischen Störung geht. In diesem Kapitel wird aufgezeigt, dass es Kinder

gibt, denen es trotz der Exposition verschiedener Risikofaktoren seitens der Eltern gelingt, sich im Leben gut zu entwickeln (vgl. Walsh 2012: 44). Die wissenschaftliche Erkenntnis, dass es Kinder gibt, die sich trotz widrigen Umständen gut entwickeln können, währenddessen andere negative Entwicklungen durchleben, regte Forscher an, sich mit dieser Thematik vertiefter auseinanderzusetzen (vgl. Wustmann 2004: 27).

In diesem Kapitel wird zu Beginn eine Einführung in die Begriffsdefinition der «Resilienz» gegeben, danach folgen Erkenntnisse aus der Resilienzforschung und am Schluss wird das Risiko- und Schutzfaktorenkonzept vorgestellt. Nach den theoretischen Inputs zur Resilienz wird darauf aufbauend die familiäre Resilienz vorgestellt, die den Schwerpunkt dieses Kapitels bildet. Die familiäre Resilienz wird in einigen Fachliteraturen auch als familiäre Resilienz oder Familienresilienz definiert. In dieser Arbeit wird der Begriff familiäre Resilienz verwendet.

5.1 Einführung und Begriffsdefinition

In Anlehnung an die Untersuchungen von Emmy Werner auf der Insel Kauai, die im Jahr 1977 veröffentlicht wurden, wird der Schwerpunkt nicht mehr nur auf die Ursachen und Bedingungen für die Entstehung psychischer Störungen und Verhaltensauffälligkeiten gesetzt. Es wird ein Versuch unternommen, neben den Risikofaktoren auch Schutzfaktoren in Betracht zu ziehen, welche substantiell für die Entwicklung und den Erhalt seelischer und körperlicher Gesundheit sind. In Anbetracht dessen ist das Konzept der Resilienz entstanden und fortlaufend ausgearbeitet worden (vgl. Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2019: 7).

Die Fähigkeit, sich von schwierigen Lebenssituationen abzugrenzen, wird als Resilienz bezeichnet (vgl. Altenthan et al. 2013: 531). «Mit Resilienz wird der Begriff der «Widerstandsfähigkeit» verbunden, aber auch, wenn man es aus dem Englischen ableitet, Spannkraft und Elastizität.» (Rönnau-Böse/Fröhlich-Gildhoff 2020: 16). Die Resilienz ermöglicht einem Individuum, welches risikoreichen und belastenden Lebensumständen ausgesetzt ist, eine gesunde Entwicklung (vgl. Lenz 2014: 150). Rönnau-Böse und Fröhlich-Gildhoff halten fest, dass Wustmann (2004) im deutschsprachigen Raum folgende Definition der Resilienz gibt: Sie ist eine psychische Widerstandskraft im Verhältnis zu biologischen, psychologischen und psychosozialen Entwicklungsrisiken. Demzufolge wird die persönliche Widerstandskraft als Fähigkeit von Menschen, die bei Schicksalsschlägen oder Krisen auf ihre persönlichen und sozialen Ressourcen zurückgreifen und widrige Umstände als Beweggrund für Weiterentwicklung betrachten, verstanden (vgl. Rönnau-Böse/Fröhlich-Gildhoff 2020: 16f.). Da die Resilienz in Anlehnung an Wustmann, gemäss Fröhlich-Gildhoff und Rönnau-Böse im Verhältnis zu biologischen, psychologischen und psychosozialen Komponenten in Verbindung steht, muss die Resilienz stets multidimensional betrachtet werden (vgl. Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2019: 11). Welter-Enderlin (2016) definiert die Resilienz folgendermassen: «Unter Resilienz wird die Fähigkeit von Menschen verstanden, Krisen im Lebenszyklus unter Rückgriff auf persönliche und sozial vermittelte Ressourcen zu meistern

und als Anlass für eine Entwicklung zu nutzen». (Welter-Enderlin 2016: 15). Das bedeutet, dass die Resilienz als ein dynamischer Anpassungs- und Entwicklungsprozess zu betrachten ist, welcher im Verlauf des Lebens stetig Veränderungen erlebt. Die Veränderungen der Resilienz ergeben sich aus den Erfahrungen und bewältigten Ereignissen eines Individuums (vgl. Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2019: 10). Demzufolge ist die Resilienz keine feste oder angeborene Eigenschaft der Persönlichkeit des Kindes. Resilienz entwickelt sich aus einer komplexen Wechselwirkung von Merkmalen des Kindes und sozialen Faktoren (vgl. Lenz 2014: 151). Die Definition von Welter-Enderlin (2016) betont, dass Ressourcen einerseits auf der individuellen Ebene bedeutsam sind, andererseits auch soziale Schutzfaktoren einen hohen Stellenwert für eine gesunde Entwicklung eines Individuums haben. Ein Beispiel eines sozialen Schutzfaktors ist die Bindung an eine stabile emotionale Bezugsperson (vgl. ebd.: 11). Eine zu wenig ausgeprägte Resilienz soll unter Bezugnahme auf Gabriel (2005) gemäss Fröhlich-Gildhoff und Rönnau-Böse Gabriel nicht als individuelles Charakterdefizit betrachtet werden. Eine mangelnde Resilienz steht oftmals im Zusammenhang mit dem « (...) Einfluss und die Relevanz von Erziehung, Bildung, Familie sowie von sozialen Netzwerken auf die Ausbildung von Resilienz». (Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2019: 11). Mit Bezug auf Wustmann (2016) betrachten Fröhlich-Gildhoff und Rönnau-Böse die Resilienz als eine variable Grösse und keine stabile Einheit. Es kann sein, dass ein Individuum zu einem bestimmten Zeitpunkt im Leben resilient ist, während es in anderen Lebenssituationen, mit einer anderen Risikolage, Schwierigkeiten hat die Situation zu bewältigen (vgl. Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2019: 10). «Mit dem Konzept der Resilienz verwandt sind Konzepte wie Salutogenese, Coping und Autopoiese. Alle diese Konzepte fügen der Orientierung an Defiziten eine alternative Sichtweise bei». (Welter-Enderlin 2016: 15). Fachpersonen betrachten das Konzept der Resilienz, welches in den 1990er Jahren erstmals in therapeutischer Literatur erschien, als einen Perspektivenwechsel. Der Fokus wird bei der Resilienz auf die Stärken der Klienten und Klientinnen gelegt, anders als früher, wo mehrheitlich die Defizite der Klientel im Fokus standen (vgl. Hildenbrand 2016: 22).

Der Gegenstand der Resilienzforschung ist die positive Entwicklung von Individuen trotz widriger Umstände und fokussiert sich daher auf die Risiko- und Schutzfaktoren eines Menschen in Bezug auf deren Risikoeinflüsse (vgl. Rönnau-Böse/Fröhlich- Gildhoff 2020: 11). Die Resilienz wird auch als Regeneration angesehen, die es den Menschen ermöglicht, trotz widriger Umstände und belastender Lebensumstände, ihre Lebensfreude, ihre Zufriedenheit und ihren Sinn des Lebens wieder aufzubauen (vgl. Rönnau-Böse/Fröhlich- Gildhoff 2020: 17). Der Begriff der therapeutischen Ressourcenorientierung und der Resilienz werden in der Praxis häufig verwechselt. Bei der ressourcenorientierten Arbeit steht der Therapeut oder die Therapeutin oder der Begleiter oder die Begleiterin im Zentrum und nicht die Klientel (vgl. Welter-Enderlin 2016: 12).

Beim Konzept der Resilienz handelt es sich nicht um ein therapeutisches Vorgehen, sondern um Menschen in ihrem natürlichen Umfeld, denen es gelingt trotz widrigen Umständen eine positive Entwicklung zu machen, dies meistens sogar ohne psychotherapeutische Begleitung. Die Kauai-Studie, (siehe Kapitel 5.2.1) legt dar, dass von den 700 untersuchten Kindern nur 5% Therapieerfahrung hatten (vgl. Welter-Enderlin 2016: 12).

Für die Soziale Arbeit stellt die Prävention sowie die Resilienzförderung eine wichtige Bedeutung dar. In Bezug auf die Begriffsdefinition der Resilienz ist das Ziel des Resilienzkonzepts, dass die Soziale Arbeit nicht mehr mit ihren Klienten und Klientinnen erst dann in Berührung kommt, wenn es um die Begleitung und Unterstützung von Benachteiligten oder Verhaltensauffälligen geht, sondern, dass bereits im Vorfeld durch die Soziale Arbeit Bedingungen geschaffen werden, die eine gesunde Entwicklung begünstigen (vgl. Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2019: 7f). Wichtig zu beachten ist, dass die Resilienz mit Bezug auf Wustmann (2016) gemäss Fröhlich-Gildhoff und Rönnau-Böse ein dynamischer Anpassungs- und Entwicklungsprozess ist, der sich im Laufe des Lebens eines Menschen verändert und abhängig von den Erfahrungen und bewältigten Ereignissen ist (vgl. ebd.: 10). Das bedeutet, dass die Resilienz eines Individuums nicht selbstgesteuert über alle Lebensbereiche und den gesamten Lebenslauf stabil und übertragbar ist. Es kann sein, dass es einem Kind gelingt, im Bereich der Schule kompetent zu sein und gleichzeitig Schwierigkeiten haben kann, ausserhalb der Schule zwischenmenschliche Beziehungen einzugehen und aufrechtzuerhalten (vgl. Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2019: 11).

5.2 Resilienzforschung

Die Entwicklungspsychopathologie untersuchte in den 1970er Jahren die Entwicklung von Kindern, die Risikoeinflüssen ausgesetzt sind. Aus dieser Entwicklungspsychopathologischen Forschung entwickelte sich die Resilienzforschung (vgl. Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2019: 14). Damals trafen Forscher und Forscherinnen die Annahme, dass Resilienz universell und allgemeingültig war (vgl. ebd.: 11). Die systematische Erforschung der Resilienz begann Ende der 1970er Jahre in Nordamerika und in Grossbritannien. Gemäss Fröhlich-Gildhoff und Rönnau-Böse waren wichtige Forscher und Forscherinnen zu diesem Zeitpunkt Rutter (1997), Garmezy (1984) und Werner/Smith (1982) (vgl. Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2019: 14). Seit den 1990er Jahren hat sich in den Gesundheitswissenschaften, in der Psychologie und in der Pädagogik ein Wechsel des Fokus ergeben, welcher durch Langzeitstudien von Emmy Werner auf der Insel Kauai und durch das Konzept der Salutogenese von Aaron Antonovsky (1997) angeregt wurde (vgl. ebd.: 7). Das Konzept der Salutogenese und die Resilienzforschung wenden sich von der Pathologie ab und betrachten Ressourcen und Schutzfaktoren eines Individuums. Im Resilienzkonzept sowie im Salutogenesekonzept wird davon ausgegangen, dass Individuen Ressourcen zur Verfügung stehen, auf die sie in widrigen Lebensumständen zurückgreifen können (vgl. Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2019: 14).

Demzufolge setzt die Resilienzforschung heute ihren Fokus nicht auf die Ursachen und die Bedingungen und Risikofaktoren für die Entstehung psychischer Störungen, sondern versucht, die Schutzfaktoren zu identifizieren (vgl. Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2019: 7). In der Resilienzforschung wurden Mechanismen identifiziert, die die Unterschiedlichkeit der Entwicklungsverläufe von Menschen erklären (vgl. Lenz 2014: 150).

Unter Bezugnahme auf Petermann und Schmidt (2006) sprechen Fröhlich-Gildhoff und Rönnau-Böse von «bereichsspezifischen Resilienzen» eines Individuums, wie beispielsweise die soziale oder emotionale Resilienz (vgl. Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2019: 11). In der heutigen Resilienzforschung bilden nachfolgende drei Aspekte gemäss Fröhlich-Gildhoff und Rönnau-Böse in Anlehnung an Wustmann (2016) den Schwerpunkt. Als erster Schwerpunkt geht es um «die positive, gesunde Entwicklung trotz andauerndem, hohen Risikostatus (...)». (Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2019: 11). Dabei werden Faktoren wie beispielsweise chronische Armut und psychische Erkrankungen berücksichtigt (vgl. ebd.). Als zweiter Punkt wird die beständige Kompetenz unter akuten Stressbedingungen, wie beispielsweise die Trennung oder Scheidung der Eltern, untersucht. Der dritte Punkt bezieht sich auf eine positive oder schnelle Erholung und Regeneration nach traumatischen Ereignissen. Darunter fallen belastende Ereignisse wie die Trennung oder der Tod von nahen Bezugspersonen oder auch sexueller Missbrauch (vgl. Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2019: 11f).

Es gibt 19 Längsschnittstudien, die seit Beginn der Resilienzforschung durchgeführt wurden. Diese Längsschnittstudien wurden in den USA, Europa, Australien und Neuseeland durchgeführt. Unter Bezug auf Werner (2006) stellen Fröhlich-Gildhoff und Rönnau-Böse fest, dass die bekanntesten Studien der Resilienzforschung die Kauai-Studie von Werner und Smith (1982/2001), Isle-of-Wight-Studie von Rutter (1987), die Mannheimer Risikokinderstudie von Laucht et al (2000) und die Bielefelder-Invulnerabilitätsstudie von Lösel und Bender (2008) sind (vgl. Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2019: 15). In den nachfolgenden Kapiteln wird auf die Kauai-Studie und auf die Mannheimer Risikokinderstudie näher eingegangen.

5.2.1 Die Kauai-Studie

Die Kauai-Studie wird als «Pionierstudie» der Resilienzforschung betrachtet. Zudem wird die Forscherin Emmy Werner, welche zusammen mit Ruth S. Smith die Kauai-Studie durchgeführt hat, als Pionierin der Resilienzforschung angesehen. Die Kauai-Studie von Werner und Smith ist die älteste und bekannteste Längsschnittstudie zur Erforschung von Resilienz (vgl. Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2019: 16). Werner und Smith untersuchten alle Kinder, die im Jahr 1955 geboren wurden über den Zeitraum von 40 Jahren (vgl. BZgA 2012: 11). In diesem Zeitraum wurden Daten von 698 Menschen erhoben. Die untersuchten Kinder wurden im Geburtsalter sowie im Alter von 1, 2, 10, 18, 32 und 40 von Pädiater und Pädiaterinnen, Psychologen und Psychologinnen, Sozialarbeiter und Sozialarbeiterinnen, Krankenpfleger und Krankenpflegerinnen sowie Lehrer und Lehrerinnen beobachtet, interviewt und gaben

demzufolge Daten zu ihrer Lebens- und Gesundheitssituation preis (vgl. Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2019: 16). Ungefähr ein Drittel dieser Kinder lebte in prekären risikobelasteten Lebenssituationen. Diese Kinder waren beispielsweise stetiger Armut, psychischen Erkrankungen der Eltern und familiären Dysfunktionalitäten und Disharmonien sowie Familienkrisen ausgesetzt. Bei einem Drittel dieser Risikokinder wurde von Werner und Smith festgestellt, dass sie trotz widrigen Lebensumständen eine gute Entwicklung durchliefen. Die anderen zwei Drittel dieser Risikokinder entwickelten Verhaltensauffälligkeiten (vgl. Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2019: 16). Die Kinder, die der Subgruppe der «highrisk children» angehörten, entwickelten ernsthafte Verhaltensanomalitäten, psychische Störungen, zeigten leichtes delinquentes Verhalten und wurden teilweise vor dem 18. Altersjahr schwanger (vgl. Henninger 2016: 159). Im Gegensatz dazu sind die Wissenschaftlerinnen Werner und Smith zu dem unerwarteten Ergebnis gekommen, dass von insgesamt 200 Kindern aus der Hochrisikogruppe es 72 Kindern gelang, sich zu selbständigen und erfolgreichen jungen Erwachsenen zu entwickeln. Diese sich als resilient erwiesenen Probanden zeichneten sich durch eine positive, optimistische und verantwortungsbewusste Einstellung zum Leben aus (vgl. BZgA 2012: 11). Verglichen zu den Kindern, die unter denselben schwierigen Lebensverhältnissen aufwuchsen, konnte bei den resilienten Kindern im Alter von 40 Jahren eine geringere Todesrate, weniger chronische gesundheitliche Probleme wie auch weniger Scheidungen festgestellt werden. Die sich resilient entwickelten Kinder konnten im Vergleich zu den Kindern, die eine Verhaltensauffälligkeit entwickelten, besser Beziehungen eingehen. Die Entwicklung der resilienten Kinder lässt sich mit den protektiven Faktoren (den schützenden Faktoren) die sich in unterschiedlichen Bereichen zeigen und zu einer positiven Entwicklung beitragen, erklären. Die resilienten Kinder hatten einen schnelleren Zugang zu einer emotional stabilen Bezugsperson, zeichneten sich durch starken und stabilen Familienzusammenhalt aus und zeigten eine höhere Sozialkompetenz sowie höhere Selbstwirksamkeitserwartungen (vgl. Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2019: 16). Die Kinder, die sich als resilient erwiesen hatten, verfügten neben der familiären Stabilität, auch über einen standhaften Freundeskreis und geeignete Vorbilder ausserhalb der Familie. Zu den Vorbildern gehörten beispielsweise Babysitter und Babysitterinnen oder Lehrer und Lehrerinnen dazu (vgl. Henninger 2016: 159). Fröhlich-Gildhoff und Rönnau Böse beziehen sich auf Bengel et al. (2009) und halten fest, dass die schützenden Faktoren in einer Interaktion zueinander sind und sich gegenseitig positiv beeinflussen. Aus der Interaktion der schützenden Faktoren nach Bengel et al. entsteht eine Art «Kette schützender Faktoren» (vgl. Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2019: 16). Das Hauptziel der Kauai-Studie war, die Langzeitfolgen von prä- und perinataler Risikobedingungen zu erforschen sowie die Folgen von nachteiligen Lebensbedingungen in der frühen Kindheit auf die physische, psychische und kognitive Entwicklung der Kinder zu untersuchen (vgl. ebd.).

5.2.2 Die Mannheimer-Risikokinder-Studie

Die Mannheimer-Risikokinder-Studie untersuchte 362 Kinder, die zwischen 1986 und 1988 geboren wurden. Die Kinder wurden im Alter von drei Monaten sowie nach 2, 4, 5, 8, und 11 Jahren untersucht. Die Studie ging der Frage nach, wie sich Kinder, die diversen Risikofaktoren ausgesetzt waren, entwickeln. Zentral war dabei herauszufinden, welche protektiven Faktoren es für die Kinder gibt, um die Belastungen, denen sie ausgesetzt waren, zu kompensieren (vgl. Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2019: 17). Die Studie hat gezeigt, dass Kinder, die von ihren Müttern im Alter von drei Monaten ablehnendes oder vernachlässigendes Verhalten erfahren haben, im Alter von zwölf Monaten einen wesentlichen Rückstand in der Entwicklung zeigten. Dieser Rückstand war auch im Alter von vier Jahren bei den untersuchten Kindern nachweisbar (vgl. Kinderschutz-Zentrum Berlin 2009: 66). Die Ergebnisse der Mannheimer-Risikokinder-Studie fielen gleich aus, wie die von Emmy Werner. Darüber hinaus ging aus der Mannheimer-Risikokinder-Studie hervor, welche Risikofaktoren hauptsächlich die Entwicklung von Kindern beeinträchtigen können. Demzufolge lag der Schwerpunkt dieser Studie nicht bei den Schutzfaktoren, sondern bei Risikofaktoren. Dennoch geht aus der Studie hervor, welche Faktoren und Prozesse einen Einfluss auf eine gesunde Entwicklung der Kinder haben (vgl. Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2019: 17).

5.3 Das Risiko- und Schutzfaktorenmodell

Grundsätzlich sollen Gesundheit und Krankheit nicht voneinander isoliert betrachtet werden. Es besteht die Annahme, dass die menschliche Persönlichkeit das Ergebnis von allen positiven und negativen Erfahrungen ist, die durch Interaktionen von Risiko- und Schutzfaktoren geprägt wird (vgl. Lammel/Jungbauer/Trost 2015: 85). Der Begriff «Risiko» beschreibt ein Ereignis, das eintreten kann, aber nicht eintreten muss. Unter «Risikofaktoren» werden diejenigen Kräfte verstanden, die ein Risiko unter Umständen erhöhen (vgl. Hartmann 2013: 52). Aus dem Resilienzkonzept geht hervor, dass ein wesentlicher Fokus auf der Bewältigung von Risiken liegt. Demzufolge werden neben den Risikofaktoren auch Schutzfaktoren betrachtet. Die Risiko- und Schutzfaktoren stehen in einer Wechselwirkung und müssen differenziert gedeutet werden (vgl. Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2019: 20). Vorhandene personelle, soziale und familiäre Ressourcen können psychosozialen Risikofaktoren entgegenwirken (vgl. Hartmann 2013: 46). Verhaltensauffälligkeiten von Kindern können auf Risiko- und Schutzfaktoren, welchen die Kinder ausgesetzt sind, zurückgeführt werden. Unter Bezugnahme auf Schneewind (2010) ist Langmeyer der Meinung, dass familiäre Faktoren hierbei eine zentrale Rolle spielen (vgl. Langmeyer 2015: 1). In Bezug auf Kinder setzt die Resilienzforschung ihren Schwerpunkt auf Kinder im Schulalter. In dieser Arbeit wird das Schulalter, in Anlehnung an Rönnau-Böse und Fröhlich-Gildhoff (2020), auf die Altersspanne von sieben bis zwölf Jahren festgelegt (vgl. Rönnau-Böse und Fröhlich-Gildhoff 2020: 82).

Kinder benötigen mit Bezug auf Wustmann (2004) gemäss Rönna-Böse und Fröhlich-Gildhoff Unterstützung von ihrem Milieu, wenn es um die Entwicklung von resilienten Fähigkeiten geht. Den Kindern gelingt es oftmals nicht aus eigener Kraft ihre Stärken und Ressourcen vollumfänglich selbständig zu entwickeln. Die Förderung der Resilienzfaktoren auf der personalen Ebene von jungen Kindern kann in zwei Bereiche unterteilt werden. Konkret handelt es sich um die Förderung oder auch Stärkung der elterlichen Interaktionskompetenzen sowie die Begleitung und Förderung in der Lebenswelt des Kindes, beispielsweise zuhause oder im professionellen Rahmen (vgl. Rönna-Böse/Fröhlich-Gildhoff 2020: 59). Faktoren, welche für die Entstehung einer Störung verantwortlich sind, werden als Risikofaktoren titulierte. Den Risikofaktoren stehen die Schutzfaktoren gegenüber, welche den Risiken entgegenwirken und die Risiken mildern. Wichtig zu beachten ist, dass die Risiko- und Schutzfaktoren in einer Wechselwirkung stehen und sich gegenseitig beeinflussen (vgl. Fröhlich-Gildhoff/Rönna-Böse 2019: 20).

Gemäss Heitmann hat der britische Kinderpsychiater und Resilienzforscher Michael Rutter (1987) im Rahmen seiner Forschungen einen erheblichen Zusammenhang zwischen familiären Variablen und der Entstehung psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen erkannt (vgl. Heitmann 2013: 53). Im Zusammenhang mit der Resilienz werden nachfolgend Risiko- und Schutzfaktoren betrachtet.

5.3.1 Das Risikofaktorenkonzept

Im Vulnerabilitätskonzept wird der Risikobegriff ebenfalls verwendet. Es gilt zu beachten, dass Risiko und Vulnerabilität sich voneinander abgrenzen und nicht zu verwechseln oder vermischen sind. Die «Vulnerabilität» ist entscheidend dafür, wie stark die auftretenden Risikofaktoren die Entwicklung des Individuums beeinträchtigen können und ist somit der Gegenspieler zur Resilienz (vgl. Pauls 2013: 54). Das Risikofaktorenmodell oder auch Risikofaktorenkonzept, ist eine Grundlage für die Konzeption der Prävention im Bereich der Gesundheit und der Gesundheitsförderung (vgl. ebd.: 97). Das Risikofaktorenkonzept unterscheidet zwei Merkmalsgruppen, die mit dem bio-psycho-sozialen Modell verglichen werden können. Das Risikofaktorenkonzept umfasst einerseits die kindsbezogenen Vulnerabilitätsfaktoren, die biologische und psychologische Merkmale des Kindes berücksichtigen, und andererseits die Risikofaktoren und Stressoren, die ihren Ursprung in der psychosozialen Umwelt des Kindes haben. Zudem werden die Vulnerabilitätsfaktoren in primäre und sekundäre Faktoren unterteilt. Die primären Faktoren umfassen Faktoren, die das Kind von Geburt an aufweist. Beispiele für primäre Faktoren sind genetische Dispositionen und Komplikationen bei der Geburt. Die sekundären Faktoren umfassen Merkmale, die durch die Interaktion mit der Umwelt entstehen (vgl. Fröhlich-Gildhoff/Rönna-Böse 2019: 21).

Vulnerabilitätsfaktoren wirken sich im Vergleich zu den Risikofaktoren und Stressoren weniger einschneidend auf die Entwicklung eines Kindes aus. Risikofaktoren oder Stressoren führen häufig zu ungünstigen Verläufen der kognitiven und sozio-emotionaler Entwicklung der Kinder (vgl. Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2019: 21). Es wird davon ausgegangen, dass biologische Risiken sich primär auf motorische Funktionen und psychosoziale Risikofaktoren sich auf die kognitive und sozio-emotionale Entwicklung der Individuen auswirken. Die psychosozialen Risikofaktoren sind für die Resilienzforschung bedeutsam (vgl. Hartmann 2013: 52).

Die nachfolgenden Darstellungen dienen der Übersicht der Vulnerabilitäts- und Risikofaktoren, beziehungsweise Stressoren. Es gilt zu beachten, dass nicht jeder Risikofaktor zwingend zu einer Entwicklungsgefährdung führt. Die Kumulation von Belastungsfaktoren ist entscheidend für das Ausmass der Gefährdung der kindlichen Entwicklung (vgl. ebd.: 23).

Primäre Vulnerabilitätsfaktoren

→ Faktoren, die seit der Geburt vorhanden sind

- Prä-, peri- und postnatale Faktoren (z.B. Frühgeburt, Geburtskomplikationen, niedriges Geburtsgewicht, Ernährungsdefizit, Erkrankung des Säuglings)
- Neuropsychologische Faktoren
- Psychophysiologische Faktoren (z.B. ein sehr geringes Aktivitätsniveau)
- Genetische Faktoren (z.B. Anomalien der Chromosomen)
- Chronische Krankheiten (z.B. Asthma, Krebs, chronische Erkrankungen und Schädigungen)
- Schwierige Merkmale des Temperaments (z.B. frühes impulsives Verhalten, hohe Ablenkbarkeit)
- Geringe kognitive Fähigkeiten (z.B. niedriger Intelligenzquotient oder Defizite in der Wahrnehmung und Informationsverarbeitung)

Abbildung 3 (eigene Darstellung): Primäre Vulnerabilitätsfaktoren (vgl. Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2019: 22).

Sekundäre Vulnerabilitätsfaktoren

→ Faktoren, die durch die Interaktion mit der Umwelt entstehen

- Unsichere Bindungsverhältnisse
- Geringe Fähigkeiten zur Selbstregulation von Entspannung und Anspannung

Abbildung 4 (eigene Darstellung): Sekundäre Vulnerabilitätsfaktoren (vgl. Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2019: 22).

Risikofaktoren/Stressoren

→ Faktoren, die im gesamten Leben vorkommen können

- Niedriger sozioökonomischer Status
- Chronische Armut
- Wohngegend mit hohem Anteil an Kriminalität
- Chronische familiäre Disharmonie
- Trennung und Scheidung der Eltern
- Psychische Störung oder Erkrankung eines oder beider Elternteile
- Alkohol- /Drogenmissbrauch der Eltern
- Kriminalität der Eltern
- Niedriges Bildungsniveau der Eltern
- Obdachlosigkeit
- Abwesenheit eines Elternteils bzw. alleinerziehendes Elternteil
- Erziehungsdefizit (z.B. Zurückweisung durch Elternteil)
- Junge Elternschaft (vor dem 18. Lebensjahr)
- unerwünschte Schwangerschaft
- Häufige Umzüge und damit verbundene Schulwechsel
- Migrationshintergrund
- Soziale Isolation der Familie
- Verlust eines Geschwisters oder engen Freundes
- Geschwister mit Behinderung, Lern- oder Verhaltensstörung
- Mehr als vier Geschwister
- Mobbing und/oder Ablehnung durch Gleichaltrige
- Ausserfamiliäre Unterbringung

Abbildung 5 (eigene Darstellung): Risikofaktoren/Stressoren (vgl. Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2019: 22f.).

Mit Bezug auf den Family Adversity Index von Rutter und Quinton (1977) geben Fröhlich-Gildhoff und Rönnau-Böse auf familiärer Ebene acht Kategorien von psychosozialen Risikofaktoren vor, welche einer weiteren Klassifizierung von Risikofaktoren dient. Die psychische Erkrankung der Hauptbezugsperson, kriminelles oder dissoziales Verhalten eines Elternteils, Vater ohne qualifizierenden Schulabschluss oder Berufsbildung, alleinerziehender Elternteil, problematische Partnerschaft, vier oder mehr Kinder in einer Familie, beengte Wohnverhältnisse und Fremdplatzierung des Kindes gehören diesen acht Kategorien psychosozialer Risikofaktoren an (vgl. Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2019: 23).

5.3.2 Das Schutzfaktorenkonzept

Wenn nur Symptome, Beeinträchtigungen und Risikofaktoren betrachtet werden, werden in diesen Ausrichtungen nur negative Faktoren aufgefasst. Demzufolge ist es wichtig festzustellen, was bei einem Individuum gut funktioniert und welche Ressourcen vorliegen, die für die Kompensation und Bearbeitung einer bestehenden Symptomatik genutzt werden können (vgl. Goodmann/Scott/Rothenberger 2007: 11). Schutzfaktoren sind für die Entwicklung und den Erhalt seelischer und körperlicher Gesundheit substanziell verantwortlich und wirken den belasteten Lebensumständen und der Bedrohung für die kindliche Entwicklung entgegen. (vgl. Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2019: 7). Kinder, die aus schwierigen und hoch belasteten Familien stammen, durchlaufen nicht zwingend eine problematische Entwicklung. Durch die Identifizierung der Schutzfaktoren, welche in drei Gruppen unterteilt werden, können günstige Entwicklungsverläufe für Kinder durch die Förderung dieser Schutzfaktoren geschaffen werden. Die Schutzfaktoren wirken den belasteten Lebensumständen und der Bedrohung für die kindliche Entwicklung entgegen. Demzufolge können Schutzfaktoren das Risiko für die Entwicklung von Auffälligkeiten und Störungen wesentlich minimieren. Die Schutzfaktoren der Kinder, die der psychosozialen Entwicklung dienen, werden in die Kategorien «persönliche Schutzfaktoren des Kindes», «familiäre Schutzfaktoren» und «soziale Schutzfaktoren» unterteilt (vgl. Lenz 2014: 152). Diese empirisch belegten Schutzfaktoren werden auch «individuelle Eigenschaften des Kindes (z.B. Persönlichkeitsfaktoren)», «mikrosoziale Faktoren in der direkten Umwelt des Kindes (z.B. Familie)» und «Faktoren innerhalb des Makrosystems (z.B. weiteres soziales Umfeld)» genannt (vgl. Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2019: 29).

Die persönlichen Schutzfaktoren haben für Kinder im Prozess der Situationsbewältigung einen hohen Stellenwert. Die persönlichen Eigenschaften und Fähigkeiten eines Kindes, können dieses beim Bewältigen von schwierigen und belastenden Lebensumständen unterstützen (vgl. Lenz 2014: 153). Die persönlichen Schutzfaktoren umfassen ein ausgeglichenes Temperament, Selbsthilfefertigkeiten, Problemlöse- und Kommunikationsfähigkeiten, Selbstvertrauen, positives Selbstwertgefühl, schulische Leistungsfähigkeit, Selbstwirksamkeitsüberzeugungen, hohe Sozialkompetenz, ausgeprägtes Kohärenzgefühl und Planungskompetenzen (vgl. Lenz 2014: 153ff.). In Bezug auf die persönlichen Schutzfaktoren ist es wichtig zu beachten, dass resiliente Kinder im Kleinkindalter erheblich selbständiger, selbstbewusster und unabhängiger sind als nicht resiliente Kinder im Kleinkindalter. Zudem sind resiliente Kinder ausgeglichener, offener und freundlicher und verfügen über gut entwickelte Selbsthilfefertigkeiten in Bezug auf die Kommunikationsfähigkeiten und das Problemlöseverhalten (vgl. ebd.: 153).

Entscheidend für die Entwicklung von Resilienz bei Kindern sind, neben den persönlichen Schutzfaktoren, die familiären Schutzfaktoren, welche sich auf den Familienkontext des Kindes beziehen. Die Kinder, die in einem positiven, emotional warmen und stabilen Familienklima aufwachsen, zeigen einen guten Umgang mit Belastungen und Problemen. Aus der Bella-Studie geht hervor, dass familiäre Schutzfaktoren die Widerstandsfähigkeit der Kinder erheblich stärken und dass die Kinder krisenfester werden. Familiäre Schutzfaktoren haben eine protektive Wirkung auf die Entstehung von psychischen Störungen und verringern das Risiko für die eigene Entwicklung einer psychischen Störung. Aus Studien geht hervor, dass bei Kindern, die ein positives Familienklima mit starkem Zusammenhalt erleben, die Wahrscheinlichkeit eine depressive Störung oder eine Angststörung zu entwickeln halbiert wird. Die familiären Schutzfaktoren beinhalten zudem den Aspekt der sicheren Bindung, ein positives und akzeptierendes Erziehungsklima und eine gute Paarbeziehung der Eltern (vgl. Lenz 2014: 157f.). Im Zusammenhang mit den familiären Schutzfaktoren ist zu berücksichtigen, dass die familiären Schutzfaktoren das allgemeine Wohlbefinden und die Lebensqualität des Kindes begünstigen, andererseits die Familie auch ein ausserordentlicher Belastungsfaktor für die Entwicklung des Kindes sein kann (vgl. Lenz 2014: 156f.). Das Vorhandensein und die Nutzung von sozialen Schutzfaktoren, wie die soziale Unterstützung durch Personen, die nicht der Kernfamilie angehören, wie beispielsweise Verwandte, Lehrer und Lehrerinnen, Erzieher und Erzieherinnen und Freunde und Freundinnen, tragen zu einer resilienten Entwicklung bei (vgl. ebd.: 159). Diese Erwachsenen gehören nicht der Kernfamilie an, zeigen sich aber dem Kind gegenüber fürsorglich, zuverlässig und vermitteln Sicherheit, so dass das Vertrauen des Kindes gestärkt wird. Zudem können diese erwachsenen Menschen, die als sozialer Schutzfaktor betrachtet werden, auch als positive Vorbilder für das Kind fungieren (vgl. ebd.: 161). Zu den sozialen Schutzfaktoren gehören die soziale und emotionale Unterstützung, unterstützende und anregende Freundschaftsbeziehungen, positive Erfahrungen in der Schule und die Integration in die Freizeit (vgl. Lenz 2014: 159f.). Im Zusammenhang mit den Schutzfaktoren werden nachfolgend die einzelnen Kategorien der Schutzfaktoren tabellarisch dargestellt.

Personale Ressourcen	
Kindbezogene Faktoren: <ul style="list-style-type: none"> • Positive Eigenschaften des Temperaments • Intellektuelle Fähigkeiten • Erstgeborenes Kind «sein» • Weibliches Geschlecht 	Resilienzfaktoren: <ul style="list-style-type: none"> • Selbstwahrnehmung • Selbstwirksamkeit • Selbststeuerung • Soziale Kompetenz • Umgang mit Stress

Abbildung 6 (eigene Darstellung): Personale Ressourcen (vgl. Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2019: 30).

Soziale Ressourcen

Innerhalb der Familie:

- Das Vorhandensein mindestens einer stabilen Bezugsperson, die Vertrauen und Autonomie fördert
- Demokratischer Erziehungsstil
- Zusammenhalt und Stabilität in der Familie
- Konstruktive Kommunikation innerhalb der Familie
- Enge Bindungen unter den Geschwistern
- Altersadäquate Verpflichtungen des Kindes
- Hohes Bildungsniveau der Eltern
- Hoher sozioökonomischer Status
- Unterstützendes erweitertes familiäres Netzwerk

In den Bildungsinstitutionen:

- Regeln und Strukturen, die klar, transparent und konsistent sind
- Wertschätzendes Klima (z.B. Respekt, Wärme, Akzeptanz)
- Hoher und angemessener Leistungsstandard
- Positive Verstärkung im Zusammenhang mit den erbrachten Leistungen und Anstrengungsbereitschaft des Kindes
- Positive Peerkontakte
- Positive Freundschaftsbeziehungen
- Förderung der Basiskompetenzen (Resilienzfaktoren)
- Zusammenarbeit mit den Eltern und anderen sozialen Institutionen

Im weiteren sozialen Umfeld:

- Ausserfamiliäre Erwachsene die kompetent, fürsorglich und vertrauensfördernd sind
- Ausserfamiliäre Erwachsene, die Sicherheit vermitteln
- Ausserfamiliäre Erwachsene, die als positive Rollenmodelle dienen (z.B. Erzieher und Erzieherinnen, Lehrer und Lehrerinnen und Nachbar und Nachbarinnen)
- Ressourcen auf kommunaler Ebene
- Gute Arbeits- und Beschäftigungsmöglichkeiten
- Vorhandensein Prosozialer Rollenmodelle, Normen und Werte der Gesellschaft

Abbildung 7 (eigene Darstellung): Soziale Ressourcen (vgl. Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2019: 30f.).

Das Vorhandensein von mehreren Schutzfaktoren erhöht die Chance auf eine gesunde Entwicklung des Kindes. Es gilt jedoch zu beachten, dass sich Risiko- und Schutzfaktoren nicht gegenseitig aufheben (vgl. Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2019: 31).

5.3.3 Risikofaktoren und Schutzfaktoren für Kinder depressiver Eltern

Mit Bezug auf Groen und Petermann (2002) sind gemäss Plass und Wiegand-Grefe Kinder depressiv erkrankter Eltern im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung einem sechsmal höheren Risiko ausgesetzt selbst an einer schweren Depression zu erkranken. Für die Erkrankung einer anderen affektiven Störung sind Kinder depressiver Eltern einem zwei- bis dreifach höheren Risiko ausgesetzt als andere Kinder (vgl. Plass/Wiegand-Grefe 2012: 53).

In Familien mit einem depressiven Elternteil sind die psychosozialen Belastungsfaktoren, die zu einem erhöhten Erkrankungsrisiko für die Entwicklung psychischer Störung bei Kindern führen, unverhältnismässig hoch repräsentiert (vgl. Plass/Wiegand-Grefe 2012: 44).

Der Kinder- und Jugendpsychiater Michael Rutter (1987) hat sechs Prädikatoren für die Entwicklung psychischer Störungen bei Kindern- und Jugendlichen erkannt und bestimmt. Kinder, die nur einem der nachfolgenden Belastungsfaktoren ausgesetzt sind, weisen ein geringeres Risiko auf selbst eine psychische Störung zu entwickeln. Hingegen sind Kinder, die von mindestens zwei Prädikatoren betroffen sind, einem vierfach höheren Risiko ausgesetzt. Nachfolgend werden die sechs Prädikatoren von Michael Rutter (1987) dargestellt:

1. «Schwere Auseinandersetzungen der Eltern»
2. «niedriger sozio-ökonomischer Status»
3. «beengte Wohnbedingungen oder übermässig grosse Familien»
4. «Kriminalität der Eltern»
5. «psychische Störungen der Mutter»
6. «die Betreuung der Kinder durch Institutionen der Jugendhilfe.» (Heitmann 2013: 53).

Abbildung 8 (eigene Darstellung): Sechs Prädikatoren für die Entwicklung psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen nach Michael Rutter (1987) (Heitmann 2013: 53).

Studien belegen, dass Kinder depressiv erkrankter Eltern, die über einen niedrigen sozioökonomischen Status verfügen, oftmals geringe soziale Ressourcen haben. Die mangelnden Ressourcen können nicht als Schutzfaktoren im Zusammenhang mit psychosozialen Belastungsfaktoren wirksam werden (vgl. Hartmann 2013: 50).

Der stabilste Faktor für eine resiliente Entwicklung stellt eine stabile, tragfähige, förderliche, und zugewandte Beziehung dar. Resilienz wird somit stets von Beziehungen bestimmt. Diese Sichtweise wird nicht nur von der Resilienzforschung vertreten, sondern auch von der Entwicklungspsychologie, Psychotherapieforschung und von der Bindungsforschung (vgl. Rönnau-Böse/Fröhlich-Gildhoff 2020:18f.). Albert Lenz (2008) hält fest, dass eine alters- und entwicklungsadäquate Informationsvermittlung und Aufklärung über die elterliche Erkrankung

sowie die Art und Weise, wie in der Familie mit der psychischen Krankheit umgegangen wird, als spezifischen Schutzfaktor für Kinder psychisch kranker Eltern gilt (vgl. Lenz 2008: 61).

5.4 Familiäre Resilienz

Die familiäre Resilienz wird in einigen Fachliteraturen auch als familiäre Resilienz oder Familienresilienz definiert. In dieser Arbeit wird der Begriff familiäre Resilienz von Froma Walsh (2012) verwendet, weil dieser aktuell ist.

In Fachdiskursen wird der Frage nachgegangen, ob die individuelle Resilienz losgelöst von der familiären Resilienz betrachtet werden kann. Hildenbrand bezieht sich in seinem Kapitel zur Resilienz in sozialwissenschaftlicher Perspektive auf Hawley und DeHaan (1996) und stellt zwei Perspektiven der Familienresilienz vor. Einerseits kann die Resilienz als individueller Faktor angesehen werden, welcher den individuellen Rahmen im Kontext der Familie erhält. Die Familie dient der individuellen Entwicklung als protektiver Rahmen oder Risikofaktor. Andererseits wird der Frage nachgegangen, ob es die Familienresilienz, indem die Familie ganzheitlich betrachtet wird, gibt oder ob die Familienresilienz das Ergebnis einer Summe verschiedener individuellen Resilienzen darstellt (vgl. Hildenbrand 2016: 23).

Mit der Sichtweise von Hildenbrand kann die Resilienz als «Systemgeschehen» betrachtet werden, bei dem Interaktionsmuster innerhalb einer Familie entstehen, die zur Förderung der individuellen Resilienz beitragen oder das Gegenteil bewirken. Froma Walsh grenzt sich von dem Begriff «Familienresilienz» ab und setzt sich mit dem Modell der familiären Resilienz und deren klinischen Bedeutung auseinander (vgl. Walsh 2012: 43). Gemäss Lenz hat Walsh (2003) das Resilienzkonzept mit der Integration der systemischen Perspektive erweitert. Das Modell der familiären Resilienz integriert eine systemisch-ökologische Sichtweise und Entwicklungsperspektiven. Das Ziel der familiären Resilienz ist, die Funktionsweise der Familie aufzufassen und die Familie bei der Bewältigung von Problemen zu stärken. Die familiäre Resilienz betrachtet nicht nur die einzelnen Familienmitglieder, die potenzielle Schutzfaktoren für die Resilienz des Individuums sein können, sondern befasst sich mit der Wechselwirkung von Risiko und Resilienz im Familiensystem (vgl. Lenz 2014: 161). Die familiäre Resilienz befasst sich mit Kindern und Familien, die sich in einer Krise befinden und stets unter widrigen Umständen leben müssen. Die familiäre Resilienz zielt darauf ab, diese Kinder und Familien zu stärken und betrachtet die Resilienz des Individuums multisystemisch (vgl. Walsh 2012: 43). Belastungsfaktoren können dazu führen, dass ein Familiensystem und deren Funktionsweise auseinanderbricht. Die Folgen des Auseinanderbrechens wirken sich auf alle Mitglieder der Familie und ihre Beziehungen aus (vgl. ebd.: 46f.). Das Familiensystem wird durch Schlüsselprozesse der Resilienz befähigt, sich von Krisen zu erholen, Belastungen einzudämmen, das Risiko einer Dysfunktion zu minimieren und sich gelingend Anpassungen an neue Lebensumstände vorzunehmen (vgl. ebd.: 47).

Durch die multisystemische Betrachtungsweise von Resilienz wird der Umgang mit schwierigen Lebensereignissen nicht nur als Wachstum im persönlichen Aspekt, sondern in Bezug zu zwischenmenschlichen Beziehungen betrachtet. Wenn es einem Familiensystem gelingt, gegen eine Krise oder ungünstige Lebensumstände anzukämpfen, und es sich die Resilienz zunutze machen kann und schlussendlich daraus gestärkt hervorgeht, kann das Familiensystem diese erworbenen Ressourcen in Zukunft erneut gewinnbringend einsetzen. Das gemeinsame Durchstehen einer Krise kann ein Familiensystem widerstandsfähiger machen und bereichern (vgl. Walsh 2016: 46f.). Wichtig zu beachten ist, dass die Resilienz und die damit verbundenen theoretischen Ansätze, Wurzeln in der Entwicklungspsychologie haben. Mit Bezug auf Hawley und DeHaan (1996) sowie Werner (1999) vertritt Hildenbrand die Position, dass ein dialektisches Bild des Individuums in sozialen Kontexten, unter anderem auch in der Familie, bei der Entwicklung von Resilienz entsteht. Somit steht die individuelle Resilienz immer im Zusammenhang mit der Wechselwirkung zwischen Individuum und Umwelt. Hawley und DeHaan (1996) sind der Meinung, dass ein Individuum sich in einem familiären und/oder sozialen Kontext sozialisiert und wenn die Gegebenheiten durch Flexibilität und Verbundenheit gekennzeichnet sind, dann ideale familiäre Rahmenbedingungen für die Entwicklung individueller Resilienz gegeben sind (vgl. Hildenbrand 2016: 23). Unter Bezugnahme auf Emmy Werner (1999) betrachtet Hildenbrand die Verbindung zwischen Individuum und sozialer Umwelt als «Wendeltreppenmodell». Das Wendeltreppenmodell setzt sich aus den individuellen Dispositionen des Kindes zusammen, die das Kind dazu bewegen, seine idealen Umwelten auszusuchen. Ideale Umwelten bieten Schutz, fördern die Fähigkeiten des Kindes und stärken dessen Selbstbewusstsein (vgl. Hildenbrand 2016: 23f.).

Resiliente Familien zeichnen sich durch eine optimistische Einstellung, Wichtigkeit des Zusammengehörigkeitsgefühls und durch eine gemeinsame lösungsorientierte Grundhaltung aus. Familien, die als resilient gelten, betrachten die Bewältigung von belastenden Lebensumständen als Herausforderung und sehen die Bewältigung als gemeinsame Aufgabe. Resiliente Familien haben die Auffassung, dass Probleme am besten zu überwinden sind, wenn der Zusammenhalt bei allen Familienmitgliedern besteht und gemeinsam der Versuch unternommen wird, Lösungen oder Möglichkeiten aus einer Krise zu kommen in Betracht gezogen und umgesetzt werden. Diese optimistische und positive Haltung gibt den Familien und deren Angehörigen die Energie, sich mit widrigen Lebensumständen auseinanderzusetzen und Anstrengungen entgegenzuwirken (vgl. Lenz 2014: 161). Gemäss Lenz haben resiliente Familien die Hoffnung, dass eine Situation gemeinsam gemeistert werden kann und Vertrauen darin, dass Bemühungen zu einer Veränderung beitragen können. Häufig schöpfen Familien Kraft und Orientierung aus ihren religiösen Bindungen (vgl. ebd.).

Der Glaube, das Zugehörigkeitsgefühl zu religiösen Gemeinschaften und Spiritualität im Zusammenhang mit Natur, Musik oder Kunst sind wichtige Wurzeln der Resilienz (vgl. Lenz 2014: 161). Durch das Bestehen von Flexibilität und Verbundenheit gelingt es den Familien sich verschiedenartig zu organisieren und sich auf verschiedene Situationen einzustellen. Die Flexibilität zeichnet sich in resilienten Familien dadurch aus, dass sie mit Veränderungen und Wechseln umgehen können, sich anpassen und danach versuchen, wieder Stabilität zu erlangen. Durch die psychische Erkrankung eines Elternteils muss die Familie sich darauf einstellen, dass das vertraute Leben in der Familie nicht mehr bestehen bleibt. Resiliente Familien versuchen sich dieser Situation unverzüglich anzupassen. Familienmitglieder einer resilienten Familie kennzeichnen sich durch die familiäre Verbundenheit aus. Damit ist gemeint, dass die Familie über eine gefühlsmässige sichere Bindung untereinander verfügt und dass Familienmitglieder sich untereinander bei Belastungen und Problemen unterstützen und Herausforderungen gemeinsam durchstehen wollen (vgl. Lenz 2014:161ff.). Die nachfolgenden Schlüsselprozesse familiärer Resilienz zeigen auf, welche Faktoren die Belastbarkeit einer Familie steigern oder beeinträchtigen können. Aus Studien gehen drei Bereiche der familiären Funktionsweise der Resilienz hervor: Überzeugungen der Familie, organisatorische Muster der Familie und kommunikative Prozesse. Innerhalb dieser drei Bereichen, sind wiederum Unterkategorien zu finden, welche nachfolgend dargestellt werden (vgl. Walsh 2016: 62). In widrigen Lebensumständen einen Sinn finden, optimistische Einstellung und Transzendenz und Spiritualität gehören dem Bereich der Überzeugungen der Familie an. Der Bereich der strukturellen und organisatorischen Muster der Familie umfasst zudem die Flexibilität, die Verbundenheit, die sozialen und die ökonomischen Ressourcen. Im Bereich der Kommunikation und Lösung von Problemen einer Familie sind die Unterkategorien Klarheit schaffen, Gefühle zum Ausdruck bringen und das gemeinsame Lösen von Problemen anzutreffen (vgl. Walsh 2016: 62ff.).

5.4.1 Förderung der Resilienz in Familiensystemen

Das Konzept der familiären Resilienz befasst sich nicht nur mit den einzelnen Familienmitgliedern als potenzielle Ressourcen für die Resilienz eines Individuums, sondern betrachtet die Wechselwirkung von Risiko und Resilienz innerhalb der Familie als Funktionseinheit. Schlüsselprozesse innerhalb der Familie zeigen auf, ob es der Familie gelingt sich von den widrigen Umständen zu erholen oder ob eine schlechte Passung auf die Situation erfolgt. Die Reaktion der Familie auf eine Belastung ist entscheidend dafür, ob sich eine Familie von der Situation erholen kann oder ob die Familie zusammenbricht. Die Reaktion der Familie wirkt sich auf alle Familienmitglieder und deren innerfamiliären Beziehungen aus (vgl. Walsh 2016: 48). Es wird der Frage nachgegangen, ob Therapie eine Möglichkeit ist, um Resilienz zu fördern (vgl. Welter-Enderlin 2016: 18).

Ergebnisse der Kauai-Studie zeigen, dass für Menschen, die sich in schwierigen Situationen befinden, die Hilfe ihres Umfelds als viel effektiver wahrgenommen wurde, als die Unterstützung von Professionellen. Die Unterstützung und Ratschläge von Ehepartner und Ehepartnerinnen, Familienmitgliedern, Freunden, Arbeitskollegen und Arbeitskolleginnen, und Mitgliedern von kirchlichen Gruppen, zeigten sich für die Betroffenen deutlich wirksamer, als die Hilfe von Psychiater und Psychiaterinnen, Psychologen und Psychologinnen oder Sozialarbeiter und Sozialarbeiterinnen (vgl. Welter-Enderlin 2016: 18).

Anknüpfend an den Bereich der familiären Resilienz der Kommunikation und Lösung von Problemen einer Familie kann die familiäre Resilienz durch die Förderung der familiären Kommunikation gefördert werden. Dabei kann die Förderung der Problemlösekompetenzen, die Förderung sozialer Ressourcen und die Psychoedukation die familiäre Resilienz fördern (vgl. Lenz 2010: 30f.). Die Präventionsmassnahme im Zusammenhang mit der Resilienz verfolgt das Ziel, die Risiken für eine potenzielle negative Entwicklung zu minimieren und die Resilienz- und Schutzfaktoren zu fördern. In der Praxis wird die Auftretenswahrscheinlichkeit der Risikobedingungen oder der Folgereaktionen durch das Schaffen von günstigen Lebensbedingungen minimiert (vgl. Kipker 2008: 67). Präventionsansätze, die frühzeitig eingeleitet werden können verhindern, dass inadäquate Bewältigungswege verfolgt und gefestigt werden damit der Umgang mit Belastungen und widrigen Umständen in folgenden Entwicklungsabschnitten nicht erschwert werden. Für die Praxis ergibt sich die Aufgabe, allen Kindern als Primärprävention und Risikokindern als Sekundärprävention, die Möglichkeit zum Erwerb von Basiskompetenzen bereitzustellen. Die Kinder sollen lernen, wie sie schwierige Lebensumstände bewältigen können (vgl. ebd.: 71). Es ergibt sich die Schwierigkeit, dass Einrichtungen oder Familien nicht sämtliche Schutzfaktoren aller Kinder im gleichen Masse fördern können. Es gibt Schutzfaktoren die grundsätzlich schwer beeinflussbar sind, wie beispielsweise die Intelligenz oder das Temperament des Kindes. Die Resilienz kann in Situationen, in denen das Kind beispielsweise schwieriges Temperament zeigt, unmittelbar gefördert werden, indem das Kind für den Umgang mit Belastungen gestärkt wird. Dabei soll sich das Kind wichtige Basis- und Lebenskompetenzen aneignen und entfalten. Bei Kindern können durch Problemlösefertigkeiten, Strategien im Umgang mit Konfliktlöseverhalten, Eigenaktivität, eigene Verantwortungsübernahme, Selbstwirksamkeit, realisierbare Kontrollüberzeugungen, Stärkung des Selbstwertgefühls, Förderung der emotionalen und sozialen Kompetenzen, Förderung und Stärkung von sozialen Beziehungen und durch die Förderung von Stressbewältigungsstrategien die Schutz- und Resilienzfaktoren gestärkt werden. Die erwähnten Bereiche, in denen Erwachsene oder Professionelle die Kinder unterstützen können, sind in der alltäglichen Interaktion mit dem Kind realisierbar und umsetzbar (vgl. Kipker 2008: 72).

Situative Bedingungen und die kognitiven Bewertungsprozesse des Kindes, welche die Stress- oder Risikowahrnehmung erzeugen, können beispielsweise durch die Psychoedukation minimiert werden. Soziale Beziehungen im Elternhaus und in den Bildungseinrichtungen werden durch Unterstützung von Professionellen verbessert. Die Resilienz kann gefördert werden, indem die Resilienzfaktoren der Kinder und auch deren Familie gestärkt werden und personale Ressourcen der Individuen erhöht werden (vgl. Kipker 2008: 67f.)

5.5 Zusammenfassung und Zwischenfazit

Die verschiedenen theoretischen Ansätze und Modelle, die vorgestellt wurden, sind interaktive Modelle. Resilienz ist die psychische Widerstandskraft eines Individuums. Resilienz hat die Funktion, dass Menschen trotz widrigen Lebensumständen ein zufriedenes Leben gestalten können. Zudem ist es wichtig zu beachten, dass Resilienz nicht nur von der Identifizierung von Risikofaktoren auf die kindliche Entwicklung und von der «Abwesenheit psychischer Störungen» abhängig ist. Wustmann (2016) betrachtet daher den Erwerb und den Erhalt altersadäquater Fähigkeiten und Kompetenzen und die erfolgreiche Bewältigung altersadäquater Entwicklungsaufgaben zusätzlich als zentral. Dem geht hervor, dass die Resilienzforschung ressourcenorientiert ist und sich nicht an Defiziten orientiert. Es kann sich die Frage ergeben, ob die Resilienzforschung, die ihren Fokus auf Stärken, Schutzfaktoren und Ressourcen legt, negativen Gefühlen zu wenig Beachtung schenkt. Dysfunktionalität, negative Gefühle und Emotionen wie Angst, Trauer, Schmerz oder Wut gehören zu jedem Menschen. Aus der Resilienzforschung geht hervor, dass der Fokus von Professionellen nicht auf der Bekämpfung von Risiken und krankmachenden Einflüssen im Fokus stehen soll. Die individuellen Ressourcen sollen gestärkt werden, damit es dem Individuum gelingt, widerstandsfähig gegenüber Risiken zu sein. Es gilt zu beachten, dass Schutzfaktoren erst dann auftreten, wenn sich eine Belastung zeigt. Eine stabile und emotional warme Beziehung wird als einer der grössten Schutzfaktoren bezeichnet, um einem Risiko entgegenzuwirken oder das Risiko «abzupuffern». Die Elternschaft zeigt einen allgemeinen protektiven Faktor in Bezug auf das Auftreten psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Das Vorhandensein einer psychischen Störung bei den Eltern erhöht jedoch das Risiko bei den Kindern, selbst eine psychische Störung zu entwickeln. Die familiäre Resilienz ist gemäss Walsh (2016), die Resilienz eines Individuums, die multisystemisch betrachtet wird. Aus bio-psycho-sozialer Perspektive ist Risiko und Resilienz ein Ergebnis aus der Wechselwirkung von Individuen sowie Familien und sozialen Systemen.

6. Interventionsplanung

In diesem Kapitel wird die Interventionsplanung für Kinder vorgestellt, welche Eltern haben, die an einer Depression erkrankt sind. Kinder psychisch kranker Eltern geben an, kaum über die psychische Störung ihrer Eltern informiert zu werden und wenig bis gar keine professionelle Unterstützung zu erhalten (vgl. Plass/Wiegand-Grefe 2012: 25). In Anbetracht dessen werden in diesem Kapitel mögliche Interventionsplanungen dargelegt und behandelt. Die Psychoedukation ist der Ansatz, welcher für die Intervention vorgestellt und im Rahmen der klinischen Sozialarbeit angewendet und umgesetzt werden soll. Auch die klinische Sozialarbeit wird vorgestellt. Dieses Kapitel wird mit einer kurzen Zusammenfassung und einem Zwischenfazit abgeschlossen.

6.1 Die klinische Sozialarbeit

Die Gesellschaft befindet sich im Wandel und die damit einhergehenden Veränderungen führen bei vielen Menschen zu Unsicherheiten und fehlender Orientierung. Durch die Veränderungen können multiple sozialbedingte und sozialrelevante Gesundheitsprobleme entstehen. Die Menschen, die nicht über die erforderlichen konstitutionellen, psychischen, sozialen und materiellen Ressourcen verfügen und keine professionelle Hilfe erhalten, sind gegenüber den Herausforderungen der Modernisierung der Gesellschaft ohnmächtig (vgl. Pauls 2013: 11). Zudem lösen sich natürliche Sozialbeziehungen auf, was dazu führt, dass Kranke, sozial und ökonomisch Benachteiligte und deren Angehörige sich überfordert fühlen (vgl. Pauls 2013: 11). Pauls bezieht sich auf Waller (2003) und Sting & Zuhorst (2000) und deren aktuelle Forschungen und hält fest, dass psycho-soziale Faktoren einen « (...) bedeutsameren präventiven oder aber schädigenden Einfluss auf die Gesundheitsentwicklung als körperliche Faktoren» haben (Pauls 2013: 11). In Bezug auf die drastischen Veränderungen der Gesellschaft sowie auf die erschreckenden Entwicklungen in Zusammenhang psychischer und psycho-sozialer Störungen und Problemlagen werden die Aktualität und die Verhältnismässigkeit unserer professionellen Hilfesysteme hinterfragt. Das bedeutet für die Soziale Arbeit, die generalistisch orientiert ist, auch dass die dargelegten Entwicklungen der Gesellschaft dazu führen, dass die Disziplin an ihre Grenzen stösst. Die Entwicklung der klinischen Sozialarbeit ist die Antwort der Sozialen Arbeit auf die dargelegten Herausforderungen. Die klinische Sozialarbeit erkennt die Tatsache, dass es in vielen Bereichen der Sozialen Arbeit, psychisch Kranke und Gefährdete, chronisch kranke und mehrfachbelastete Klienten und Klientinnen gibt (vgl. Pauls 2013: 11f). Die klinische Sozialarbeit basiert auf dem bio-psycho-sozialen Verständnis und ist die Profession für Gesundheit und Krankheit aus Sicht der sozialen Dimension. Gemäss Pauls (2013) gibt es keinen Beruf im psycho-sozialen und psychiatrischen Bereich, der in der Arbeit mit Menschen, die hilfsbedürftig sind, eine so breit gestreute Aufgabenstellung und Funktion hat, wie die klinische Sozialarbeit (vgl. Pauls 2013: 18).

Die klinische Sozialarbeit ist eine Teildisziplin der Sozialen Arbeit, die sich mit psycho-sozialen Störungen und den sozialen Aspekten psychischer und somatischer Störungen und Krankheiten befasst (vgl. Pauls 2013: 18). Die klinische Sozialarbeit geht aus derselben Basis wie die Soziale Arbeit hervor und befasst sich mit der Förderung, Verbesserung und Erhaltung der psychosozialen Funktionsfähigkeiten von Individuen, Familien und Gruppen. Der Schwerpunkt der klinischen Sozialarbeit ergibt sich aus der Expertise im Bereich der psycho-sozialen Beratung, Behandlung und Prävention für Klienten und Klientinnen und Adressaten und Adressatinnen, die schweren Belastungen, Krisen und psychischen, sozio- und psychosomatischen sowie chronischen Erkrankungen ausgesetzt sind (vgl. ebd.: 16f). Zudem wird die klinische Sozialarbeit als « (...) integrierten professionellen Ansatz zur Verbesserung der psycho-sozialen Passung zwischen Klient bzw. Klientensystem und Umwelt» verstanden (Pauls 2013: 17). Somit wird die klinische Sozialarbeit als spezialisierte und behandelnde Soziale Arbeit betrachtet, die im Gesundheitswesen und im Sozialwesen tätig ist und sich mit Klienten und Klientinnen beschäftigt, welche sich in Multiproblemlagen befinden. Es kann auf die klinische Sozialarbeit zurückgegriffen werden, wenn ein Bedarf im Bereich der psycho-sozialen Diagnostik oder Intervention besteht. Die klinische Sozialarbeit hat Expertise und spezifische Methoden in psycho-sozialer Diagnostik, psycho-sozialer Beratung, Krisenintervention, sozialer Therapie, sozialer Psychotherapie, aktiver Hilfe in verschiedenen ambulanten oder stationären Settings, Ressourcenaktivierung, in klinischen Case-Management und Psychoedukation (vgl. Pauls 2013: 17). Mit Hilfe von wissenschaftlich fundierten Methoden will die klinische Sozialarbeit erforderliche Modifikationen der psycho-sozialen Lebenslage und Lebensweise erzielen, indem eng mit den Betroffenen, ihren Bezugspersonen und ihrem sozialen Netzwerk gearbeitet wird (vgl. ebd.). In der Sozialen Arbeit gewinnt das Thema Prävention und Resilienzförderung stetig an Bedeutung. Gegenwärtig geht es nicht mehr darum, benachteiligte, verhaltensauffällige oder von der Norm abweichende Kinder, Erwachsene oder Familien zu begleiten. In der klinischen Sozialarbeit geht es darum, im Voraus günstige Bedingungen für eine gesunde Entwicklung der Individuen zu schaffen (vgl. Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2019: 8).

6.2 Psychoedukation

Der Begriff Psychoedukation/Psychoeducation stammt ursprünglich aus der englischen Sprache und bedeutet übersetzt «Psycho-Ausbildung». Psychoedukation hat den Ursprung in der Arbeit mit schizophrenen Menschen und deren Angehörigen und wird heute in einem breiten Sinne verwendet. Gegenwärtig gibt es vielfältige psychoedukative Behandlungsansätze. Die verschiedenen Behandlungsansätze haben das gemeinsame Ziel, dass Patienten und Patientinnen und deren Angehörige wichtige Fakten, Formen und Handlungsmuster über die vorliegende Erkrankung erlernen (vgl. Pauls 2013: 342).

Der Unterschied der psychoedukativen Behandlungsansätze liegt darin, dass beim Vermitteln von Wissen über die Erkrankung die Ziele, Inhalte, Vermittlungsweise, Umfang und die Interventionen unterschiedlich ausgeprägt sind. Bei der Psychoedukation geht es immer um das Krankheitsverständnis und um Möglichkeiten der Krankheitsbewältigung (vgl. Pauls 2013: 342). Folgende Themenbereiche umfassen die Psychoedukation (vgl. Pauls 2013: 342f.):

- Die Reduzierung von Selbstbeschuldigungen innerhalb eines Systems. Dies kann beispielsweise die Selbstbeschuldigung eines Elternteils bei der Erkrankung ihres Kindes umfassen.
- Aufklärung über die Entstehung, die Ursache und die Symptome der psychischen Erkrankung. Damit einhergehend ist die Verminderung inkorrektur und meist subjektiver «Krankheitstheorien».
- Falls vorhanden: der Umgang und die Wirkung der Medikamente
- Verhaltensmöglichkeiten im Umgang miteinander. Beispielsweise innerhalb einer Familie oder Partnerschaft.

Die Psychoedukation erfordert somit die Mitwirkung der Klienten und Klientinnen und ihrer Angehörigen bei der Behandlung der vorliegenden Krankheit (vgl. Pauls 2013: 343).

Payk (2003) ist der Meinung, dass die edukativen, beratenden und aufklärenden Massnahmen der Psychoedukation zur Informationsvermittlung über die Krankheit, Förderung der Krankheits- und Behandlungseinsicht, Verbesserung der Lebensqualität und Akzeptanz des sozialen Umfelds und zur besseren Mitarbeit der Angehörigen bei der Behandlung der Patienten und Patientinnen beitragen. Die Psychoedukation minimiert zudem die Rückfallquote der Patienten und Patientinnen, beispielsweise in Bezug auf einen erneuten stationären Klinikaufenthalt oder einer stationären Behandlung (vgl. Payk 2003: 389).

6.2.1 Psychoedukation in Familiensystemen

Die Psychoedukation in Familiensystemen umfasst die Möglichkeit, dass mit dem Einverständnis der Patienten und Patientinnen, das Umfeld über die Erkrankung des Patienten oder der Patientin aufgeklärt wird. Das Ziel ist, dass Informationen über die Entstehung, die Symptomatik, aufrechterhaltende Faktoren, eine potentielle Funktionalität der Erkrankung, den Verlauf sowie Behandlungsmöglichkeiten den Angehörigen vermittelt werden (vgl. Volz/Holzhütter 2019: 16).

Zudem zielt die Psychoedukation darauf ab, ein angemessenes Erkrankungsverständnis für die Patienten und Patientinnen und deren Familie aufzubauen (vgl. Lempp 2020: 8).

Kinder psychisch kranker Eltern geben an, kaum über die psychische Störung ihrer Eltern informiert zu werden und wenig bis gar keine professionelle Unterstützung zu erhalten (vgl. Plass/Wiegand-Grefe 2012: 25).

Das Bedürfnis der Kinder zeigt, dass sie gerne mehr in den Prozess einbezogen werden möchten und sich mehr Aufklärung wünschen. Viele Kinder wünschen sich, auch retrospektiv betrachtet, Kontakt zu behandelnden Fachleuten, mehr Informationen und mehr Aufklärung sowie Erklärung im Zusammenhang mit der psychischen Störung ihrer Eltern (vgl. Plass/Wiegand-Grefe 2012: 25). Das Leben in Familien mit psychisch kranken Eltern ist in vielen Fällen geprägt von Tabuisierung und Kommunikationsverbot (vgl. Lenz 2010: 30). Die aktive Bewältigung von Belastungen und Problemen wird wesentlich durch soziale Beziehungen unterstützt. Bei Kindern psychisch kranker Eltern können zuverlässige und vertrauensvolle Bezugspersonen einen stabilisierenden Faktor darstellen, der Schutz, Sicherheit und emotionalen Halt bietet. Die alters- und entwicklungsangemessene Information über die psychische Erkrankung der Eltern ist ein Schutzfaktor für Kinder psychisch kranker Eltern (vgl. ebd.: 31). Bei allen Interventionen, die mit Kindern von einem psychisch kranken Elternteil vorgesehen werden, ist der Wissensstand und der Informationsbedarf über die Krankheit der Eltern bei den Kindern von grosser Bedeutung (vgl. Plass/Wiegand-Grefe 2012: 167). Es wurde festgehalten, dass Kinder unzureichend und teilweise vereinzelt über die psychische Störung ihrer Eltern von Professionellen aufgeklärt worden sind. Auch aus Studien im Erwachsenenbereich geht hervor, dass etwa zwei Drittel der erwachsenen Kinder nie mit Professionellen Fachpersonen über die psychische Erkrankung der Eltern gesprochen haben. Ein Viertel der erwachsenen Kinder gibt an, nur über die Diagnose ihrer Eltern informiert worden zu sein. Davon erhielten zwanzig Prozent der Kinder vor dem zehnten Lebensjahr die Information über die Diagnose, jedoch nur die Hälfte davon erhielt eine konkrete Beratung im Zusammenhang mit Handlungsmöglichkeiten und Verhaltensweisen (vgl. Plass/Wiegand-Grefe 2012: 24f.). Die dargelegten Zahlen der einzelnen Studien sollten mit Vorsicht betrachtet werden, da es sich um eine retrospektive Erfassung bei erwachsenen Kindern, deren Eltern psychisch krank sind handelt und die Studien mit Verzerrungen verbunden sein können. Dennoch kann von der retrospektiven Sicht abgeleitet werden, dass Kinder unzureichend bis kaum in die Diagnose und Behandlung ihrer psychisch kranken Eltern einbezogen werden und nur knapp darüber Informationen und professionelle Unterstützung und Begleitung erhalten (vgl. ebd.: 25). Das Gespräch über die elterliche psychische Erkrankung und damit einhergehend die Psychoedukation wird häufig von den Eltern und von den Kindern als entlastend wahrgenommen. Für die Kinder ist die Psychoedukation am effektivsten, wenn sie von dem betroffenen Elternteil selbst durchgeführt wird. Dabei ist zentral, dass die Aufklärung über die eigene Erkrankung altersadäquat und mit Hilfe von Professionellen erfolgt. Es wird empfohlen, dass sich Eltern für die Psychoedukation gegenüber ihren Kindern im Voraus mit Professionellen absprechen oder diese für das Gespräch mit den Kindern einladen (vgl. Plass/Wiegand-Grefe 2012: 168).

Für die altersadäquate Aufklärung wird in der Fachliteratur festgehalten, dass die Anknüpfung an die Gegenwart und die Erlebniswelt der Kinder zentral für die Thematik der psychischen Erkrankung der Eltern ist (vgl. Plass/Wiegand-Grefe 2012: 168). Das Wissen über die Krankheit kann bei Kindern sowie bei den Erwachsenen, wenn alters- und entwicklungsangemessen informiert und aufgeklärt wird, Ängste und Unsicherheiten reduzieren. Die Psychoedukation kann durch die emotionale Zuwendung die Eltern-Kind-Bindung (wieder) stärken (vgl. ebd.: 24). Zudem ist die Psychoedukation für Kinder von Bedeutung, weil Hilfestellungen und Erklärungen, wie sie sich im Alltag gegenüber ihrem erkrankten Elternteil verhalten sollen, Verantwortungen und Auslöser der Krankheiten geklärt werden können. Im Rahmen der Psychoedukation können Kinder zudem erfahren, ob ein Risiko besteht, dass sie selbst einmal an der Krankheit der Eltern erkranken können (vgl. Lenz 2010: 32).

Für Kinder ist die Psychoedukation am effektivsten, wenn sie auf die Bedürfnisse und Fragen der Kinder eingeht. Dafür ist es seitens Professioneller sinnvoll, wenn an das Vorwissen der Kinder angeknüpft wird. Dies kann gelingen, wenn auf die Vorstellungen, die inneren Bilder und die Erklärungsmuster der Kinder eingegangen und darauf aufgebaut wird. Es ist zudem wichtig, dass die familiäre Situation bei der Psychoedukation berücksichtigt wird (vgl. Lenz 2008: 62).

Das Ziel der Psychoedukation ist, dass die Betroffenen befähigt werden, die Situation besser aufzufassen und dass bei der Bewältigung der Situation Unterstützung geleistet werden kann. Bei der Psychoedukation ist die Vermittlung von Hoffnung, Mut, positiver Zukunftserwartung und die Förderung der Selbstbefähigung sowie der Selbstbemächtigung der Betroffenen zentral (vgl. Lenz 2008: 62).

6.2.2 Psychoedukation und Resilienzförderung

Die Psychoedukation kann Risikofaktoren erheblich minimieren und Schutzfaktoren fördern. Risiko- und Schutzfaktoren beeinflussen sich gegenseitig (vgl. Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2011: 2). Im Rahmen der Psychoedukation gibt es Faktoren, die auf die Bedürfnisse der Eltern und die der Angehörigen eingehen. Zuerst wird auf die Faktoren eingegangen, die das kindliche Wohlbefinden positiv beeinflussen. Durch die Psychoedukation lernen die Kinder, dass die Verhaltensweisen der Eltern, die mit der Depression in Zusammenhang stehen, der Ausdruck innerer Prozesse des Vaters oder der Mutter sind und dass die Kinder keine Schuld an diesen Verhaltensweisen haben. Die Kinder erfahren von den Professionellen im Rahmen der Psychoedukation, dass der Ursprung der Krankheit bei den Eltern liegt (vgl. Schrappe 2018: 80). Es darf nicht vergessen werden, dass Kinder psychisch kranker Eltern oftmals sozial scheu sind und sich nur wenigen Menschen gegenüber öffnen (vgl. ebd.: 72). Durch den Kontakt mit Professionellen, im Rahmen der Psychoedukation, können Kinder ihre irritierenden Erfahrungen mitteilen (vgl. Schrappe 2018: 80f.).

Das Aussprechen der subjektiven Erlebnisse und das Gefühl von den Professionellen verstanden zu werden, kann zu einer Entlastung beim Kind führen. Die Psychoedukation kann den Kindern helfen, ihre Gefühle und Erfahrungen einzuordnen (vgl. Schrappe 2018: 80f.). Der grösste Wunsch der Kinder ist es, dass es ihren Eltern bald wieder gut geht und dass sie wieder gesund werden. Durch die Psychoedukation werden die Kinder entlastet, indem sie erfahren, dass sich Professionelle um ihre Eltern kümmern und dass sie sich nicht mehr vollumfänglich um ihre Eltern kümmern müssen. Dies führt auch zu einer Entlassung aus altersinadäquaten Rollen (vgl. Schrappe 2018: 81). Die professionelle Fachperson, welche die Psychoedukation durchführt, wird zu einem schützenden Faktor für das Kind, indem sie eine Rolle als Vorbild einnehmen kann und dem Kind Bewältigungsstrategien, die zu einer Stabilität führen können, vermittelt (vgl. Alle 2017: 136). Die Psychoedukation kann, indem sie altersadäquat über die Depression der Eltern informiert, Sicherheit vermitteln. Dem Risiko der Tabuisierung kann durch eine offene, ehrliche und transparente Kommunikation im Rahmen der Psychoedukation entgegengewirkt werden (vgl. ebd.: 124). Durch die Informationen, die das Kind erhält, können Risikofaktoren der Angst und Ungewissheit minimiert werden, das Kind die Situation einordnen und sich demzufolge auch beruhigen (vgl. Klappstein/Kortewille 2020: 35). Damit wird der Umgang mit der psychischen Störung der Eltern durch Schutzfaktoren ermöglicht und Bewältigungsstrategien werden aktiviert und mobilisiert (vgl. ebd.). Auch wenn sich die Kinder aufgrund der psychischen Krankheit ihrer Eltern in einer Not befinden, dürfen die Bedürfnisse und die Hilfestellungen, die die Eltern benötigen, nicht vergessen gehen. Die Anerkennung ihrer Elternrolle kann sich beispielsweise resilienzfördernd auf die Eltern auswirken (vgl. Schrappe 2018: 83). Die Psychoedukation macht den Kindern und deren Familien neue Ressourcen und Schutzfaktoren zugänglich. Das Ziel der Psychoedukation ist es, dass den Involvierten Stärken und Kompetenzen bewusst gemacht werden, um mit Schutzfaktoren den Risikofaktoren entgegenwirken zu können (vgl. Alle 2017: 125).

6.3 Die klinische Sozialarbeit im Kontext der Psychoedukation

Familienzentrierte Interventionen, in denen Eltern und auch Kinder einbezogen werden, bilden den Schwerpunkt der klinischen Sozialen Arbeit und der Psychoedukation. Dafür eignet es sich, einige Gespräche mit den Eltern oder mit den Kindern alleine durchzuführen (vgl. Lenz 2010: 32). Das Vorgehen der Psychoedukation erfordert ein ambulantes, tagesklinisches oder stationäres Setting. Sozialarbeiter und Sozialarbeiterinnen, Psychologen und Psychologinnen, Pfleger und Pflegerinnen und Ärzte und Ärztinnen setzen die Massnahmen der Psychoedukation im Einzel- oder Gruppensetting um. Die Psychoedukation wird in der Praxis in die «Informationsphase» und die «Übungsphase» aufgeteilt. In der Informationsphase wird auf Informationen und Erklärungen über die psychische Störung fokussiert (vgl. Payk 2003: 389).

Dabei bilden die Ursachen und die Symptome der psychischen Störung einen Schwerpunkt. Die Informationsphase umfasst ebenso die Darlegung des Behandlungsplans sowie mögliche therapeutische Alternativen, Wirkungen und Nebenwirkungen sowie eine voraussichtliche Prognose. In der ersten Phase der Psychoedukation empfiehlt es sich, zusätzliches Informationsmaterial bereitzustellen, beispielsweise Merkblätter und Ratgeber für die Patienten und Patientinnen und deren Angehörige. In der Übungsphase werden die Früherkennung der Rückfallsymptome und mögliche Handlungspläne für Krisensituationen mit den Patienten und Patientinnen und deren Angehörigen erarbeitet und trainiert. Das beinhaltet das Erarbeiten und Üben von Bewältigungsstrategien. Es kann keine genaue Vorgabe zur Dauer und dem Umfang der Übungsphase gemacht werden. Es wird davon ausgegangen, dass einige Patienten und Patientinnen nur einige Sitzungen dafür beanspruchen, während andere über einen längeren Zeitraum auf wiederholte systemtherapeutische Kontakte in regelmäßigen Abständen angewiesen sind (vgl. Payk 2003: 389).

6.4 Zusammenfassung und Zwischenfazit

Aus dem gesetzlichen Auftrag, welcher die Bereitstellung von Hilfen zur Erziehung und zur Aufrechterhaltung des Kindeswohls umfasst, ergibt sich eine klare Zuständigkeit von ambulanten, niederschweligen Beratungsdiensten. Daraus ergibt sich die Zuständigkeit der klinischen Sozialen Arbeit im ambulanten Setting. Die klinische Sozialarbeit basiert auf dem bio-psycho-sozialen Verständnis und ist die Profession für Gesundheit und Krankheit von der sozialen Dimension betrachtet. Der professionelle Ansatz der klinischen Sozialen Arbeit liegt bei der Verbesserung der psycho-sozialen Passung zwischen Klient und Klientin bzw. im Klientensystem und Klientinnensystem und Umwelt und arbeitet demzufolge eng mit den Klienten und Klientinnen und deren Netzwerken zusammen. Kinder psychisch kranker Eltern geben an, kaum über die psychische Störung ihrer Eltern informiert zu werden und wenig bis gar keine professionelle Unterstützung zu erhalten. Das Bedürfnis der Kinder zeigt, dass sie gerne mehr in den Prozess einbezogen werden möchten und sich mehr Aufklärung wünschen. Da die Zusammenarbeit mit dem Netzwerk in der Sozialen Arbeit wichtig ist, ist die Methode, die dafür genutzt werden kann, die Psychoedukation. Die Psychoedukation erfordert somit die Mitwirkung der Klienten und Klientinnen und ihrer Angehörigen bei der Behandlung der vorliegenden Krankheit und trägt zur Aufklärung und Verständnis über einer Krankheit bei. Dies soll zur Entlastung der betroffenen Person und dem System führen. Grundsätzlich ist es wichtig, dass die Professionellen eine systemische Grundhaltung einnehmen und sich bewusst sind, dass es nur zu Veränderungen im System kommen kann, wenn mit allen Beteiligten gearbeitet wird. Dafür bietet die Psychoedukation eine gute Grundlage. Wichtig ist es zudem auch die Kinder zu unterstützen, wie sie den Transfer des erworbenen Wissens in ihren Alltag machen können, um beispielsweise ihre Freunde und Freundinnen zu informieren, welche Herausforderungen die Familie aktuell zu vergegenwärtigen hat.

7. Schlussfolgerung

In der vorliegenden Arbeit werden unterschiedliche und für die Beantwortung der Fragestellung relevante Ergebnisse festgehalten. Dieses Kapitel führt die gewonnenen Aspekte für die Beantwortung der Fragestellung Arbeit zusammen. Die wichtigsten Erkenntnisse werden zunächst im Rückbezug auf die vorangegangenen Kapitel festgehalten. Daraus wird ein fachliches Fazit in Bezug auf die untersuchte Fragestellung herausgearbeitet. Die Arbeit wird mit einem Ausblick abgeschlossen.

7.1 Zusammenführung der wichtigsten Erkenntnisse

In der Einführung dieser Arbeit wurde festgehalten, dass Kinder, welche mit einem psychisch kranken Elternteil aufwachsen, einem erhöhten Risiko ausgesetzt sind, selbst eine psychische Störung im Verlaufe ihres Lebens zu entwickeln (vgl. Lenz 2005: 13). Durch die menschliche Widerstandskraft, konkret durch die Resilienz, haben betroffene Kinder die Möglichkeit, sich von den gegebenen widrigen Umständen zu distanzieren und eine gesunde Entwicklung zu durchlaufen (vgl. Altenthan et al. 2013: 531). Um sich von der Defizitorientierung abzugrenzen, orientiert sich die vorliegende Arbeit an den Stärken und Ressourcen der Kinder.

Die Familie hat für Kinder eine zentrale Rolle, wenn es um die Entwicklung, Erziehung und Sozialisation geht. Innerhalb einer Familie finden primäre Prozesse statt, die die kindliche Entwicklung auf verschiedenen Ebenen prägen (vgl. Langmeyer 2015: 29). Die Familie wird als gemeinschaftlicher Lebensvollzug betrachtet, der sich von anderen sozialen Beziehungssystemen durch Privatheit, Dauerhaftigkeit und Nähe abgrenzt (vgl.ebd.).

Asisi (2015) hält fest, dass ein Kind sich durch elterliche Zuneigung, emotionale Wärme, Engagement der Eltern, klare und erklärbare Regeln, offene Kommunikation, Bereitstellung entwicklungsangemessener Anregungsbedingungen und durch die Gewährung von sich erweiternden Handlungsspielräume in der Erziehung gesund entwickeln kann. Konkret wird damit gemeint, dass ein Kind sich unter der Berücksichtigung dieser Faktoren in der Regel selbstbewusst, emotional stabil, sozial kompetent, selbstverantwortlich und leistungsfähig entwickeln kann (vgl. Asisi 2015: 34f.). «Persönlichkeitsreife der Eltern (...)», «Alter (...)», «Persönlichkeits-Dimensionen (...)», «psychische Gesundheit (...)», «psychologisches Wohlbefinden (...)» und «positive Erfahrungen (...)» gehören zu den charakteristischen Eigenschaften der Eltern, die sich auf ihre Kinder entwicklungsfördernd oder entwicklungsbehindernd auswirken können. (Asisi 2015: 26f.).

Ein grosser Teil der Menschheit wird in ihrem Leben einmal, mehrmals oder dauerhaft von psychischen Erkrankungen oder Krisen betroffen sein (vgl. Schrappe 2018: 18). Somit gibt es darunter auch Betroffene die Eltern und deren Störung und die damit verbundenen Symptome sich entwicklungsbehindernd auf ihre Kinder auswirkt. Die psychische Störung eines Elternteils ist ein Risikofaktor für die Entwicklung des Kindes (vgl. Plass/Wiegand-Grefe 2012: 18).

Wie bei allen Belastungen werden auch psychische Störungen zu einem Belastungsfaktor, der sich auf Lebensvollzüge wie Familie, Arbeit oder Umfeld auswirkt (vgl. Schrappe 2018: 18). Menschen, die an einer psychischen Erkrankung leiden, haben gleich oft Kinder, wie psychisch gesunde Menschen (vgl. Mattejat 2011: 74). Das Lebensrisiko der Allgemeinbevölkerung, an einer schweren affektiven Störung wie Depression zu erkranken, beträgt 6%. Für Kinder, welche mindestens einen Elternteil haben, welcher von einer affektiven Störung betroffen ist, verdoppelt sich dieses Risiko. Dennoch kann festgestellt werden, dass eine grosse Mehrheit der Kinder, beispielsweise durch Resilienzfaktoren, im Verlaufe ihres Lebens nicht an einer affektiven Störung erkrankt (vgl. Lenz/Wiegand-Grefe 2016: 13). In der Schweiz ist Depression jene psychische Störung, die am meisten auftritt (vgl. Bundesamt für Statistik 2019). Depressiv erkrankte Menschen erleben in ihrem Alltag eine Niedergeschlagenheit, welche sie in ihrer Rollenerfüllung stark beeinträchtigt und hemmt. Menschen, die von einer depressiven Störung betroffen sind, haben oft Symptome wie gedrückte oder traurige Stimmung, vermehrte Reizbarkeit, Interessensverlust, verminderten Antrieb, erhöhte Ermüdbarkeit, Schuldgefühle, Schlafstörungen, Konzentrationsstörungen und teilweise auch Suizidgedanken und Suizidhandlungen (vgl. Müssigbrodt et. Al. 2006: 67). Die Eltern verhalten sich infolge ihrer Depression gegenüber ihren Kindern feindselig, inkonsistent und zurückweisend (vgl. Asisi 2015: 27). Aus Forschungsbefunden geht hervor, dass depressive Eltern über eingeschränkte Erziehungskompetenzen verfügen, was zu Schwierigkeiten in der Erziehung führen kann (vgl. Heitmann 2013: 11). In Familien, in denen Eltern eine Depression haben, können Rollenverteilungen und Vernachlässigung der kindlichen Bedürfnisse entstehen (vgl. Plass/Wiegand-Grefe 2012: 27). Durch die elterliche Depression werden Kinder gefährdet und es entstehen innerfamiliäre Risikokonstellationen, die sich auf das Familienleben auswirken und die gesamte Familie betreffen. Die Depression der Eltern wirkt sich auf den Lebensalltag der Kinder belastend aus, da verlässliche Strukturen und Tagesabläufe durch die elterliche Depression nicht mehr aufrechterhalten werden können (vgl. ebd.). Wie gross die Auswirkungen der elterlichen Depression auf das Kind sind, hängt von der Schwere, dem Zeitpunkt des Auftretens, dem Verlauf, der Chronizität und der aktuellen Lebenssituation ab (vgl. Griepenstroh/Heitmann/Hermeling 2012: 23). Die Ursache des erhöhten Erkrankungsrisikos dieser Kinder ist wissenschaftlich auf genetische Einflüsse und Umweltfaktoren zurückzuführen. Es wird einerseits von einer erhöhten genetischen Vulnerabilität der Kinder ausgegangen, andererseits werden die Kinder mit starken psychosozialen Belastungsfaktoren im Familiensystem konfrontiert (vgl. ebd.: 13). Störungen, Krisen oder Erkrankungen können mit dem bio-psycho-sozialen Ansatz begründet werden (vgl. Pauls 2013: 32). Zudem werden seit längerem psychosoziale Belastungsfaktoren als Risiko für die innerfamiliäre Transmission von Depressionen betrachtet (vgl. Heitmann 2013: 11).

Das bio-psycho-soziale Krankheitsmodell nach Engel (1980) basiert gemäss Pauls auf der Erkenntnis, dass biologisch-organische, psychische und soziale Bedingungen sich in einer kontinuierlich ändernden Wechselwirkung zueinander befinden (vgl. ebd.: 98). Eine ähnliche Betrachtungsweise gibt das ICD-10 und das DSM-V mit der multiaxialen Klassifikation psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter in den fünf Achsen vor. Die fünfte und sechste Achse nehmen psychosoziale Umstände in den Fokus. In der fünften Achse werden zudem psychische Störungen in der Familie erfasst. In den anderen Achsen werden klinisch psychiatrische Syndrome, umschriebene Entwicklungsstörungen und körperliche Symptomatiken betrachtet, welche die biologischen Faktoren einschliessen (vgl. Goodman/Scott/Rothenberger 2007: 4f.). Durch die multiaxiale Klassifikation und dem bio-psycho-sozialen Ansatz nach Engels, werden die Resilienzfaktoren noch nicht abschliessend ersichtlich. Resilienz wird als Fähigkeit bezeichnet, sich von schwierigen Lebenssituationen abgrenzen zu können (vgl. Altenthan et. al. 2013: 531). Resilienz umfasst die Fähigkeit von Individuen, in Krisen im Verlaufe des Lebens auf persönliche und sozial vermittelte Ressourcen zurückzugreifen und diese für eine positive Entwicklung zu nutzen (vgl. Welter-Enderlin 2016: 15). Demzufolge wird die Resilienz als dynamischer Anpassungs- und Entwicklungsprozess betrachtet, welcher sich während des Lebens stets verändert (vgl. Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2019: 10). Neben den Risikofaktoren gibt es auch Schutzfaktoren, die für das Abfedern von Risiken verantwortlich sind. Die Schutzfaktoren werden auch als resilienzfördernde Faktoren bezeichnet (vgl. Wustmann 2004: 96f.). Vorhandene personelle, soziale und familiäre Ressourcen werden als schützende Faktoren betrachtet und können den psychosozialen Risikofaktoren entgegenwirken (vgl. Hartmann 2013: 46). Kinder benötigen Unterstützung ihres Milieus, wenn es um die Entwicklung von resilienten Fähigkeiten geht. Den Kindern gelingt es oftmals nicht aus eigener Kraft, ihre Stärken und Ressourcen vollumfänglich und selbständig zu entwickeln. Zudem basiert die Förderung der Resilienzfaktoren, auf persönlicher Ebene, auf der Förderung und Stärkung der elterlichen Interaktionskompetenzen und der Förderung in der Lebenswelt des Kindes, beispielsweise zuhause (vgl. Rönnau-Böse/Fröhlich-Gildhoff 2020: 59). Entscheidend für die Entwicklung von Resilienz bei Kindern sind neben den persönlichen Schutzfaktoren auch die familiären Schutzfaktoren, welche sich auf den Familienkontext der Kinder beziehen. Kinder, die in einem positiven, emotional warmem und stabilem Familienklima leben, zeigen einen guten Umgang mit Belastungen und Problemen. Familiäre Schutzfaktoren haben eine protektive Wirkung auf die Entstehung von psychischen Störungen (vgl. Lenz 2014: 157f.). Die Familie kann durch familiäre Schutzfaktoren das allgemeine Wohlbefinden und die Lebensqualität des Kindes begünstigen, aber auch einen ausserordentlichen Belastungsfaktor für die Entwicklung der Kinder darstellen (vgl. ebd.: 156f.). Hildenbrand betrachtet die Resilienz als Systemgeschehen. Aktuell wird der Frage nachgegangen, ob eine Familie über familiäre

Resilienz verfügt, wenn jedes einzelne Familienmitglied als resilient wahrgenommen wird, unter dem Begriff der familiären Resilienz die Familie als resilient wahrgenommen wird, oder ob der Begriff der familiären Resilienz das Ergebnis einer Summe verschiedener individuellen Resilienzen darstellt (vgl. Hildenbrand 2016: 23). Andere Fachpersonen sind der Meinung, dass die familiäre Resilienz nicht nur die einzelnen Familienmitglieder betrachtet, sondern die Wechselwirkung von Risiko und Resilienz im Familiensystem umfasst. Das Ziel der familiären Resilienz ist, die Funktionsweise der Familie zu stützen und die Familie bei der Bewältigung von Problemen zu stärken (vgl. Lenz 2014: 161). Somit wird das Familiensystem durch Schlüsselprozesse der Resilienz befähigt, sich von Krisen zu erholen, Belastungen zu dämmen, das Risiko einer Dysfunktion zu minimieren und positive Anpassungen an neue Lebensumstände vorzunehmen (vgl. Walsh 2012: 43). Familien, die als resilient gelten, betrachten die Bewältigung von belastenden Lebensumständen als gemeinsame Herausforderung und sehen die Bewältigung als eine gemeinsame Aufgabe an (vgl. Lenz 2014: 161).

Die Interventionsmöglichkeit, die in dieser Arbeit vorgestellt wurde, ist die Förderung der familiären Resilienz durch Psychoedukation in der klinischen Sozialarbeit.

Die klinische Sozialarbeit basiert auf dem bio-psycho-sozialen Verständnis und ist die Profession, die Gesundheit und Krankheit von einer sozialen Dimension aus betrachtet. Diese Teildisziplin der Sozialen Arbeit wird dadurch charakterisiert, dass die Expertise in der psychosozialen Beratung, der Behandlung und Prävention bei schweren Belastungen, Krisen und psychischen, sozio- und psychosomatischen und chronischen Erkrankungen liegt (vgl. Pauls 2013: 16). Das Ziel der klinischen Sozialarbeit ist die Förderung, Verbesserung und Erhaltung der psychosozialen Funktionsfähigkeiten von Individuen, Familien, Gruppen und Netzwerke (ebd.: 18). Die psychosozialen Funktionsfähigkeiten können beispielsweise im Rahmen der Psychoedukation stattfinden, die Patienten und Patientinnen und deren Angehörigen wichtige Informationen, Erklärungen und Handlungsstrategien über die vorliegende Krankheit vermittelt. Da Kinder psychisch kranker Eltern ein grosses Bedürfnis haben, in den Prozess der Eltern mehr einbezogen zu werden und mehr professionelle Unterstützung zu erhalten, scheint die Psychoedukation ein Lösungsansatz auf diese Ausgangslage zu sein (vgl. Plass/Wiegand-Grefe 2012: 25). Die Psychoedukation muss alters- und entwicklungsadäquat durchgeführt werden, so dass sie für die Kinder zu einem stabilisierenden Faktor wird, der Schutz, Sicherheit und Halt bietet (vgl. Lenz 2010: 30). Die familiäre Situation muss bei der Psychoedukation zwingend berücksichtigt werden. Das Ziel der Psychoedukation ist, dass die Betroffenen und deren Angehörigen befähigt werden, die Situation besser aufzufassen und dass bei der Bewältigung der aktuellen Situation Unterstützung geleistet werden kann (vgl. Lenz 2008: 62).

7.2 Beantwortung der Fragestellung

Im Zentrum dieser Bachelor-Thesis stehen Kinder depressiver Eltern, deren Resilienz gefördert werden soll. In dieser Arbeit wird aufgezeigt, welche Möglichkeiten die klinische Sozialarbeit hat, Kinder durch die Förderung der familiären Resilienz stark und widerstandsfähig zu machen. Auf der Metaebene ist das Ziel, die Familiensysteme so zu stärken, dass die Auftretenswahrscheinlichkeit von Risikofaktoren vermindert und die Schutzfaktoren der Kinder aktiviert werden können. Die zu Beginn leitende Fragestellung dieser Bachelor-Thesis lautet: *Inwiefern kann die klinische Sozialarbeit im ambulanten Setting Kinder mit einem depressiven Elternteil durch Förderung der familiären Resilienz auf verschiedenen Ebenen stärken?*

Die Fragestellung kann mit den folgenden Argumenten beantwortet werden:

Es ist sicherzustellen, dass Kinder depressiver Eltern die krankheitsbedingten Veränderungen der Eltern zu einem frühen Zeitpunkt und präzise wahrnehmen, weil die Kinder in der Regel mit ihren Eltern emotional sehr eng verbunden sind (vgl. Plass/Wiegand-Grefe 2012: 23). Wie bereits in Kapitel 6.2.1 erwähnt, ist das Leben in Familien mit einem psychisch kranken Elternteil von Tabuisierung geprägt (vgl. Lenz 2010: 30). Aufgrund der Tabuisierung und der mangelnden Auseinandersetzung mit der Thematik der elterlichen Depression haben betroffene Kinder keine Information über die psychische Krankheit und deren Auswirkung auf den familiären Alltag. Die betroffenen Kinder verstehen die aktuelle Situation nicht und können diese nicht einordnen. Oftmals haben Kinder ein grosses Bedürfnis, Erklärungen zu erhalten, um der Hilflosigkeit entgegenzuwirken. Aus dieser Arbeit geht hervor, dass Kinder zu wenig in die Behandlungsprozesse ihrer depressiven Eltern miteinbezogen werden und wenig bis kaum Informationen über die psychische Erkrankung der Eltern erhalten. Zudem wird in der Fachliteratur festgehalten, dass depressive Eltern angeben, nicht mit den Kindern über ihre Erkrankung sprechen zu wollen, weil sie ihre Kinder schützen möchten. Kontakt zu Fachpersonen zu erhalten ist der vielgeäusserte Wunsch vieler Kinder (vgl. Plass/ Wiegand-Grefe 2012: 25). Die klinische Sozialarbeit hat Expertise und spezifische Methoden in der psycho-sozialen Beratung in ambulanten Settings und Psychoedukation (vgl. Pauls 2013: 17). Die klinische Sozialarbeit geht aus derselben Basis wie die Soziale Arbeit hervor und befasst sich mit der Förderung, Verbesserung und Erhaltung der psychosozialen Funktionsfähigkeiten von Individuen, Familien und Gruppen (vgl. ebd.: 18). Diese klinische Teildisziplin der Sozialen Arbeit verfügt über die Möglichkeit in diesem Bereich Unterstützung zu leisten, indem über Entstehung, Ursachen und Symptome der psychischen Krankheit Aufklärung in Form von Psychoedukation geleistet wird. Im Kapitel 6.2 der vorliegenden Arbeit wurde das Konzept der Psychoedukation vorgestellt. Durch die Psychoedukation entsteht die Möglichkeit, Risikofaktoren erheblich zu minimieren und Schutzfaktoren zu stärken (vgl. Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2011: 2). Eine alters- und entwicklungsadäquate Informationsvermittlung und

Aufklärung über die elterliche Erkrankung sowie die Art und Weise, wie in der Familie mit der psychischen Krankheit umgegangen wird, gilt als spezifischer Schutzfaktor für Kinder psychisch kranker Eltern (vgl. Lenz 2008: 61). Mit einer altersadäquaten Aufklärung über die elterliche Depression dürfen die Kinder lernen, die Verhaltensweisen der Eltern im Zusammenhang mit der psychischen Erkrankung zu verstehen. Die klinische Sozialarbeit bietet die Möglichkeit, diese Aufklärung im ambulanten Setting zu vermitteln. Für die Kinder ist die Psychoedukation am effektivsten, wenn sie vom betroffenen Elternteil selbst durchgeführt wird. Dabei ist zentral, dass die Aufklärung über die eigene Erkrankung altersadäquat und mit professioneller Hilfe von erfolgt. Es wird empfohlen, dass sich Eltern für die Psychoedukation gegenüber ihren Kindern im Voraus mit Professionellen absprechen oder diese für das Gespräch mit den Kindern miteinbeziehen. Für die altersadäquate Aufklärung wird in der Fachliteratur festgehalten, dass die Anknüpfung an die Gegenwart und die Erlebniswelt der Kinder zentral für die Thematik der psychischen Erkrankung der Eltern ist (vgl. Plass/Wiegand-Grefe 2012: 168). Kinder psychisch kranker Eltern können eine Klinikeinweisung der Eltern als entlastend wahrnehmen, wenn sie in dieser Situation erleben, dass jemand die Verantwortung für den erkrankten Elternteil übernimmt und sichergestellt wird, dass sich Professionelle um den erkrankten Elternteil kümmern (vgl. Plass/Wiegand-Grefe 2012: 24). Dieses positive Gefühl der Kinder im Zusammenhang mit der psychischen Erkrankung der Eltern kann auch im Hinblick auf die Psychoedukation entstehen, weil das Kind erfährt, dass jemand sich um den erkrankten Elternteil und um das Kind kümmert. Wichtig ist, dass die Aufklärung in adäquater Art und Weise gestaltet wird. Hilfreich ist dabei insbesondere, Fachbegriffe wegzulassen und diese zu umschreiben. Die Psychoedukation erfordert somit die Mitwirkung der Klienten und Klientinnen und ihrer Angehörigen bei der Behandlung der vorliegenden Krankheit (vgl. Pauls 2013: 343). Sobald diese Psychoedukation stattfindet, wird das Familiensystem automatisch gestärkt, da die Kinder eine Vorstellung darüber erhalten, wie es dem Elternteil geht und versteht. Die Kinder verfügen durch die Information der Fachpersonen über Wissen, wie mit der psychischen Krankheit umgegangen werden kann. Daraus ergibt sich, dass die klinische Sozialarbeit auf der Ebene der Kinder und auf der familiären Ebene die Möglichkeit hat, Resilienz zu fördern. Wichtig ist zu betonen, dass es Kindern oftmals nicht gelingt, aus eigener Kraft ihre Stärken und Ressourcen vollumfänglich selbständig zu entwickeln. Die Förderung der Resilienzfaktoren auf der persönlichen Ebene von Kindern kann in zwei Bereiche unterteilt werden. Konkret handelt es sich um die Förderung oder auch Stärkung der elterlichen Interaktionskompetenzen sowie die Begleitung und Förderung in der Lebenswelt des Kindes, beispielsweise zuhause oder im professionellen Rahmen (vgl. Rönna-Böse/Fröhlich-Gildhoff 2020: 59). Durch die Intervention der Psychoedukation der klinischen Sozialarbeit im ambulanten Rahmen werden die Resilienzfaktoren von Kindern depressiver Eltern auf der persönlichen Ebene gefördert. Weiter besteht die Möglichkeit, auf

der elterlichen Ebene Förderung zu leisten. Den Eltern kann eine grosse Last abgenommen werden, wenn sie wissen, dass ihre Kinder eine Aufklärung über ihren aktuellen Zustand erhalten. Viele Eltern schämen sich gegenüber ihrem Nachwuchs oder haben nicht die Kraft oder Möglichkeiten zur Erklärung. Die Gestaltung der Sitzungen wird spezifisch auf die Gegebenheiten, Ressourcen und Bedürfnisse der Familienstrukturen abgestimmt. Einige Familien profitieren mehr, wenn alle anwesend sind, anderen hilft es, wenn erst die Kinder alleine eine Aufklärung erhalten, bevor der Rest der Familie hinzugezogen wird. Möglicherweise gibt es auch Fälle, wo der betroffene Elternteil vorübergehend nicht die Kraft hat, an Sitzungen teilzunehmen, es für das Kind aber wichtig ist, bereits mit dem Unterstützungsprozess zu beginnen. Übernehmen Professionelle der klinischen Sozialarbeit diesen Prozess, wird den depressiven Eltern eine grosse Last abgenommen und die familiäre Resilienz kann gestärkt werden.

Es wurde festgehalten, dass die Psychoedukation die Schutzfaktoren von Kindern psychisch kranker Eltern fördern kann. Es gibt verschiedene Möglichkeiten und individuelle Dispositionen, wie trotz dem erhöhten Prognoserisiko der Kinder entgegengewirkt werden kann. Die Prognose kann konkret verbessert werden, indem beispielsweise systemische Aufklärungsarbeit, z.B. im Rahmen einer Psychoedukation, über die genetische und psychosoziale Vulnerabilität durchgeführt wird (vgl. Plass/Wiegand-Grefe 2012: 13).

Zudem kann therapeutisch und präventiv die Familien- und Lebenssituation evaluiert und verbessert werden (vgl. Plass/Wiegand-Grefe 2012: 13). Hierzu ist es nochmals wichtig zu betonen, dass zwischen der Resilienz der Individuen und der Resilienz des Systems unterschieden werden muss. Das Modell der familiären Resilienz beinhaltet nicht nur die allgemeine Stärke eines Individuums, sondern auch die dynamischen Prozesse, welche eine Anpassung an zerrüttende Lebensumstände fördern (vgl. Walsh 2012: 43). Die aktuelle Ansicht ist, dass sich die Resilienz aus der Interaktion von Anlage und Umwelt ergibt (vgl. ebd.: 45). Somit muss die Resilienz eines Individuums multisystemisch betrachtet werden, wie beispielsweise unter Berücksichtigung der individuell, familiär und soziokulturell positiven und negativen Einflüsse auf das Individuum (vgl. ebd.). Das Familiensystem wird durch Schlüsselprozesse der Resilienz, wie die Psychoedukation, befähigt, sich von Krisen zu erholen, Belastungen einzudämmen, das Risiko einer Dysfunktion zu minimieren und Anpassungen an neue Lebensumstände erfolgreich zu adaptieren (vgl. Walsh 2012: 47).

Mit der Erkenntnis, dass Kinder zu wenig in den Behandlungsprozess ihrer depressiven Eltern einbezogen werden und wenig Informationen über die Krankheit der Eltern erhalten, und demzufolge noch mehr Risikofaktoren ausgesetzt sind, wird die Soziale Arbeit sowie auch die klinische Sozialarbeit dazu angeregt, herkömmliche Konzepte, Methoden und Arbeitsinstrumente zu überprüfen und weiter zu entwickeln. Im Vordergrund steht dabei, die familiäre Resilienz zu stärken indem die familiäre Kommunikation gefördert wird. Dabei kann

die Förderung der Problemlösekompetenzen, die Förderung sozialer Ressourcen und die Psychoedukation die familiäre Resilienz positiv begünstigt und fördern (vgl. Lenz 2010: 30f.). Ebenso können familiäre Schutzfaktoren die Widerstandsfähigkeit der Kinder erheblich stärken. Familiäre Schutzfaktoren haben eine protektive Wirkung auf die Entstehung von psychischen Störungen und verringern das Risiko für die eigene Entwicklung einer psychischen Störung (vgl. Lenz 2014: 156f.). In Anlehnung an die dargelegte Argumentation kann festgehalten werden, dass die klinische Sozialarbeit einerseits durch die Psychoedukation die kindlichen Schutzfaktoren fördern kann, andererseits durch die Förderung der Schutzfaktoren der Kinder auch die familiäre Resilienz gestärkt wird.

7.3 Fazit

«Die Wurzeln für viele Verhaltensauffälligkeiten liegen in der frühen Kindheit». (Fröhlich-Gildhoff 2019: 60). Die Resilienz beginnt zunehmend in verschiedenen Tätigkeitsbereichen der Sozialen Arbeit an Bedeutung zu gewinnen. Durch das Identifizieren von protektiven Faktoren kann klarer gesehen werden, weshalb ein Kind starke oder schwache Verhaltensauffälligkeiten oder Störungen entwickelt. Die Intervention muss auf den Stärken des Kindes, der Familie und des erweiterten sozialen Netzwerkes aufbauen. Oftmals werden Ziele einer Intervention durch Probleme bestimmt, was legitim ist. Dennoch kann die Art der Intervention von dem, was gut läuft und von den Ressourcen ausgehen. Eine ideale Intervention baut auf den Stärken des Kindes und der Familie auf. Eine problemorientierte Herangehensweise könnte dazu führen, dass das Kind und die Eltern sich nicht genügend akzeptiert fühlen, was als Konsequenz das Fernbleiben einer Intervention, Behandlung oder Kooperation beinhalten kann (vgl. Goodman/Scott/Rothenberger 2007: 13). Zudem muss beachtet werden, dass die Art und Weise wie Fachpersonen emotionale Auffälligkeiten und Verhaltensauffälligkeiten in einem bestimmten Kontext interpretieren, durch deren kulturelle und berufliche Hintergründe geprägt werden. Es muss auch berücksichtigt werden, dass die Erklärungsmodelle von Disziplinen und deren Sichtweisen voneinander abhängig sind (vgl. ebd.: 15). Zudem haben Professionelle die Haltung, dass die Resilienzförderung mehr in den Alltag von sich entwickelnden Kindern integriert werden soll (vgl. Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2021: 90). Es ist wichtig zu beachten, dass die subjektive Lage von Kindern psychisch kranker Eltern mit Vorsicht zu betrachten ist, da sie methodisch häufig retrospektiv erfasst wird. Oftmals werden Erwachsene beim methodischen Ansatz der Befragung retrospektiv befragt, wie ihre subjektive Wahrnehmung im Kindsalter in Bezug auf die psychische Erkrankung der Eltern war. Dies führt dazu, dass das Kindsalter schon eine Weile her ist und es den Erwachsenen nicht gelingt, sich in ihre damalige subjektive Wahrnehmung hineinzusetzen und verwertbare Aussagen zu ihren Erfahrungen zu machen (vgl. Heitmann 2013: 12). Aus dieser Arbeit geht hervor, dass der bio-psycho-soziale Ansatz in verschiedenen Instrumenten und theoretischen Hintergründen vorkommt und für eine ganzheitliche

Situationserfassung unabdingbar ist. Bio-psycho-soziale Hintergründe sind in der vorliegenden Arbeit in jedem Kapitel enthalten, was dafürspricht, dass der bio-psycho-soziale Ansatz eine gute Basis ist, um eine geeignete Intervention zu planen.

Die Intervention der Psychoedukation bietet einen guten methodischen Zugang der klinischen Sozialarbeit, um die familiäre Resilienz und die Resilienz von Kindern psychisch kranker Eltern zu fördern.

7.4 Ausblick

Ein Anliegen der Autorin dieser Arbeit ist es, dass jedes Kind und dessen Familie die notwendige Aufmerksamkeit und Unterstützung von Professionellen erhält. Der Schwerpunkt wird daraufgelegt, dass die kleinen Angehörigen nicht vergessen gehen.

Ein weiterführender Gedanke, der der Autorin dieser Arbeit wichtig scheint, ist der Aspekt der Stigmatisierung von psychisch Erkrankten. Demzufolge erscheint es wichtig, die Position von Kardoff (2010) in die Schlussfolgerung einfließen zu lassen. Mit Bezug auf Kardoff (2010) sind gemäss Heitmann in Diskriminierungen soziale Urteile anzutreffen, die diskriminierendes Verhalten oder segregative Strukturen begrüssen und legitimieren. Dies führt dazu, dass gesellschaftliche Teilhabechancen von den Betroffenen begrenzt werden. Stigmatisierungen führen dazu, dass soziale Ungleichheiten und folglich gesundheitliche Ungleichheiten erzeugt werden (vgl. Heitmann 2013: 75). «Wenn die Differenz zur Normalität aufgrund eines Stigmas jedoch von relevanten Bezugspersonen unterstützt wird bzw. gesellschaftlich legitimiert erscheint, geht die Stigmatisierung oftmals mit einer folgenreichen Diskriminierung der Betroffenen einher.» (zit. nach Kardhoff 2010 in: Heitmann 2013: 75).

Durch die Psychoedukation erhalten Angehörige, Dritte und der Patient oder die Patientin die Möglichkeit, einfühlsam und genau Aufklärung über die Erkrankung der Betroffenen zu erfahren. Durch das Verständnis über die Erkrankung kann Stigmatisierungen und Ablehnung entgegengewirkt werden (vgl. Volz/Holzhütter 2019: 16). Die Psychoedukation könnte sich nicht nur auf Betroffene und deren Angehörige beschränken, sondern sich gesellschaftlich mehr etablieren, so dass auch Nichtbetroffenen Wissen über psychische Krankheiten zur Verfügung steht. Nach der Meinung der Autorin der vorliegenden Bachelor-Thesis ist anzustreben, dass die Gesellschaft sensibilisiert wird, weniger stigmatisierend gegenüber psychisch Kranken zu handeln, und dass Teilhabechancen für Menschen mit einer psychischen Erkrankung ermöglicht werden.

Da es sich bei der vorliegenden Arbeit um eine Literatuarbeit handelt, können aus der festgehaltenen Theorie Schlüsse für die Praxis gezogen und weiter ausgearbeitet werden. Praxis und Theorie befinden sich in einer Wechselbeziehung und profitieren gegenseitig voneinander (vgl. Thole 2012: 20).

8. Quellenverzeichnis

8.1 Literaturverzeichnis

- Alle, Frederike (2017). Kindeswohlgefährdung: das Praxishandbuch. 3., aktualisierte Auflage. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Altenthan, Sophia/Betscher-Ott, Sylvia/Gotthardt, Wilfried/Hobmair, Hermann (Hrsg.)/Höhlein, Reiner/Ott, Wilhelm/Pöll, Rosemarie (2013). Psychologie. 5. Aufl. Köln: Bildungsverlag EINS.
- Asilisi, Vadilute (2015). Entwicklungsbedingungen im Kontext der Eltern-Kind-Beziehung. Chancen und Risiken in der Interaktion mit Mutter und Vater. Wiesbaden: Springer VS.
- AvenirSocial (2010): Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz, Ein Argumentarium für die Praxis der Professionellen. Bern: AvenirSocial.
- Bengel, Jörg/Lyssenko, Lisa (2012). Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.). Resilienz und psychologische Schutzfaktoren im Erwachsenenalter. Stand der Forschung zu psychologischen Schutzfaktoren von Gesundheit im Erwachsenenalter. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung. Band 43. Köln: Welpdruck, Wiehl.
- Bundesamt für Statistik (BFS) (2019). Krankheiten und gesundheitliche Probleme. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/gesundheitszustand/krankheiten.html> [Zugriffdatum: 06.10.2021].
- Comer, Roland J (2008). Klinische Psychologie. 6. Auflage. Hrsg. Gudrun Sartory. Spektrum Akademischer Verlag Heidelberg.
- Dörr, Margret (Hg.) (2002). Klinische Sozialarbeit – eine notwendige Kontroverse. Band 7. Baltmannsweiler: Schneider-Verl. Hohengehren.

- Flammer, August (2009). Entwicklungstheorien. Psychologische Theorien der menschlichen Entwicklung. 4. vollständig überarbeitete Auflage. Bern: Hans Huber Verlag.
- Fröhlich-Gildhoff, Klaus/Rönnau-Böse, Maike (2019). Resilienz. 5. aktualisierte Auflage. München: Reinhardt Verlag.
- Gahleitner, Brigitta Silke/Hahn, Gernot (2010). (Hrsg.). Klinische Sozialarbeit. Gefährdete Kindheit – Risiko, Resilienz und Hilfen. Bonn: Psychiatrie Verlag GmbH.
- Hildenbrand, Bruno (2016). Resilienz in sozialwissenschaftlicher Perspektive. In: Hildenbrand, Bruno/Welter-Enderlin, Rosmarie (Hrsg.). Resilienz – Gedeihen trotz widriger Umstände. 5. Auflage. Heidelberg: Carl-Auer Verlag S. 22ff.
- Goodman, Robert/Scott, Stephen/Rothenberger, Aribert (2007). Kinderpsychiatrie Kompakt. 2., überarbeitete und erweiterte Auflage. Darmstadt: Steinkopff Verlag Darmstadt.
- Heitmann, Dieter (2013). Das Gleichgewicht halten. Interaktionskontexte von Kindern depressiv erkrankter Eltern. Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Griepenstroh, Julia/Heitmann, Dieter/Hermeling, Sonja (2012). Kinder psychisch kranker Eltern: Lebenssituation und Entwicklungsrisiken. In: Bauer, Ullrich/Reinisch, Anke/Schmuhl, Miriam (Hg.) (2012). Prävention für Familien mit psychisch erkrankten Eltern: Bedarf, Koordination, Praxiserfahrungen. Wiesbaden: Springer VS. S. 23.
- Henninger, Mirka (2016). Resilienz. In: Frey, Dieter (Hrsg.). Psychologie der Werte. Von Achstamkeit bis Zivilcourage- Basiswissen aus Psychologie und Philosophie. Wiesbaden: Springer Fachmedien GmbH. S. 158-164.
- Höllmüller, Hubert (2011). In: Spitzer, Helmut/Höllmüller, Hubert/Hönig, Barbara (Hrsg) (2011). Sozillandschaften. Perspektiven Sozialer Arbeit als Profession und Disziplin. 1. Auflage. Wiesbaden: Springer Fachmedien GmbH. S. 241-254.
- Hobmair, Hermann (2013) (Hrsg.). Altenthon, Sophia/Betscher-Ott, Sylvia/Gotthardt, Wilfried/Hobmair, Hermann/Höhlein, Reiner/Ott, Wilhelm/Pöll, Rosemarie (2013). Pädagogik. 5. Auflage, 1. Korrigierter Nachdruck. Köln: Bildungsvlag EINS GmbH.

- Hobmair, Hermann/Altenthan, Sophia (Hg.) (2013). Psychologie. 5. Auflage. Troisdorf: Bildungsverlag EINS.
- Homfeldt Hans Günther/Gahleitner Silke Birgitta (2018). Gesundheit und Krankheit. In: Grasshoff, Gunther/Renker, Anna/Schröer, Wolfgang (Hg.) (2018). Soziale Arbeit: eine elementare Einführung. Wiesbaden, Germany: Springer VS. 43-54.
- Kinderschutz-Zentrum Berlin (Hrsg.) (2009). Kindeswohlgefährdung Erkennen und Helfen. 11. Überarbeitete Auflage. Berlin: Buch- und Offsetdruckerei H.Heenemann GmbH & Co.KG.
- Kipker, Marion (2008). Kinder, die nicht aufgeben. Förderung der Resilienz in der pädagogischen Praxis. Marburg: Tectum Verlag.
- Klappstein, Kerstin/Kortewille, Ralph (2021). Traumatisierte Kinder im Alltag feinfühlig unterstützen Psychoedukation im Überblick. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH.
- Lammel, Antonia Ute/Jungbauer, Johannes/Trost, Alexander (Hrsg.) (2015). Klinisch-therapeutische Soziale Arbeit. Grundpositionen- Forschungsbefunde- Praxiskonzepte. Dortmund: Vml. Verlag modernes Lernen.
- Langmeyer, Alexandra N. (2015). Sorgerecht, Coparenting und Kindeswohl. Eltern sein in nichtehelichen Lebensgemeinschaften. Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Lempp, Reinhart (2004). Spezifische Entwicklungsbedingungen. In: Eggers, Christian/Fegert, Jörg/Resch, Franz (Hrsg.) (2004). Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters. Berlin/Heidelberg: Springer Verlag. S. 57f.
- Lempp, Thomas (2020). BASICS Kinder- und Jugendpsychiatrie. 4. Auflage. München: Elsevier GmbH.
- Lenz, Albert (2008). Interventionen bei Kindern psychisch kranker Eltern. Grundlagen, Diagnostik und therapeutische Massnahmen. Göttingen: Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG.
- Lenz, Albert (2005). Kinder psychisch kranker Eltern. Göttingen Bern Toronto: Hogrefe.

- Lenz, Albert (2014). Kinder psychisch kranker Eltern. 2., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Göttingen: Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG.
- Lenz, Albert (2010). Ressourcen fördern. Materialien für die Arbeit mit Kindern und ihren psychisch kranken Eltern. Göttingen: Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG.
- Lenz, Albert/Wiegand-Grefe, Silke (2016). Ratgeber Kinder psychisch kranker Eltern. Informationen für Betroffene, Eltern, Lehrer und Erzieher. Band 23. 1. Auflage 2016. Göttingen: Hogrefe Verlag GmbH.
- Mattejat, Fritz/Lisofsky, Beate (2011). Mit der Psychiatrie gross werden: Zur Situation der Kinder psychisch Kranker. Berichte von Kindern und Eltern. In: Bachelor-Thesis Joya Knecht 56 Mattejat, Fritz/Lisofsky, Beate (Hg). Nicht von schlechten Eltern.
- Müssigbrodt, Heidi/Kleinschmidt, Silke/Schürmann, Angela/Freyberger, Harald J./Dilling, Horst (2006). Psychische Störungen in der Praxis. Leitfaden zur Diagnostik und Therapie in der Primärversorgung nach dem Kapitel V (F) der ICD-10. 3., vollständige überarbeitete Auflage unter Berücksichtigung der Änderungen entsprechend der ICD-10 GM (German Modification). Bern: Hans Huber Verlag, Hogrefe AG.
- Pauls, Helmut (2013). Klinische Sozialarbeit: Grundlagen und Methoden psychosozialer Behandlung. 3. Aufl. Aufl. Weinheim: Belz Juventa.
- Pauls, Helmut (2013). Das biopsychosoziale Modell – Herkunft und Aktualität. In: Resonanzen. Ausgabe 01/2013 | ISSN: 2307-8863. S. 16-27.
- Payk, Theo R. (2003). Psychiatrie und Psychotherapie. 4. vollständig überarbeitete Auflage. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Perras, Barbara (o.J.). Defizit orientiert- oder an den Stärken ansetzen? In: Textor, Martin R./Bostelmann, Antje (o.J.). Das Kita- Handbuch. <https://www.kindergartenpaedagogik.de/fachartikel/bildungsbereiche-erziehungsfelder/soziale-und-emotionale-erziehung-persoenelechenschaftsbildung/1485> [Zugriffsdatum: 06.10.2021].

- Plass, Angela/Wiegand-Greife, Silke (2012). Kinder psychisch kranker Eltern. Entwicklungsrisiken erkennen und behandeln. 1. Auflage. Weinheim, Basel: Beltz Verlag.
- Rönau-Böse, Maike/Fröhlich-Gildhoff, Klaus (2020). Resilienz und Resilienzförderung über die Lebensspanne. 2. Erweiterte und aktualisierte Auflage. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.
- Rühl, Anne-Kathrin (2004). Suchtarbeit. Die Kinder suchtkranker Eltern. In: SuchtMagazin. 30. Jg. (6). S. 26-32.
- Schrappe, Andreas (2018). Kinder und ihre psychisch erkrankten Eltern: kompetent beraten, sicher kooperieren. 1. Auflage. Weinheim Basel: Belz Juventa.
- Schuler, Heinz/Hell, Benedikt/ Trapmann, Sabrina/Schaar, Hagen/ Boramir,Ilkay (2007). Die Nutzung psychologischer Verfahren der externen Personalauswahl in deutschen Unternehmen. Ein Vergleich über 20 Jahre. In: Zeitschrift für Personalpsychologie, 6(2), S. 60-70.
- Swissinfo (Hg.) (2020). Das Schweizer Bildungssystem – Öffentliche Schulen für Kinder und Jugendliche. URL: <https://www.swissinfo.ch/ger/oeffentliche-schulen-fuer-kinder-und-jugendliche/29044208> [Zugriffsdatum: 18. November 2021].
- Thole, Werner (2012). Die Soziale Arbeit. Praxis, Theorie, Forschung und Ausbildung. In: Thole, Werner (Hg.) Grundriss Soziale Arbeit. Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Volz, Anja/Holzhüter, Fabian (2019). BASICS Psychiatrie. 4. Auflage. München: Elsevier GmbH.
- Walsh, Froma (2016). Ein Modell familialer Resilienz und seine klinische Bedeutung. In: Hildenbrand, Bruno/Welter-Enderlin, Rosmarie (Hrsg.). Resilienz – Gedeihen trotz widriger Umstände. 5. Auflage. Heidelberg: Carl-Auer Verlag, S. 43-79.
- Welter-Enderlin, Rosmarie (2016). Einleitung: Resilienz aus der Sicht von Beratung und Therapie. In: Welter-Enderlin, Rosmarie/Hildenbrand, Bruno (Hrsg.) (2016). Resilienz- Gedeihen trotz widriger Umstände. 5. Auflage. Heidelberg: Carl-Auer Verlag. S.12/15.

- Welter-Enderlin, Rosmarie/Hildenbrand, Bruno (Hrsg.) (2016). Resilienz- Gedeihen trotz widriger Umstände. 5. Auflage. Heidelberg: Carl-Auer Verlag.
- Wustmann Seiler, Corina (2016). Resilienz. Widerstandsfähigkeit von Kindern in Tageseinrichtungen fördern. 6. Aufl. Berlin: Cornelsen Verlag.

9. Anhang

9.1 Ein Fallbeispiel

Das nachfolgende Fallbeispiel handelt sich um einen realen Fall, welcher die Autorin dieser Bachelor-Thesis erlebt hat. Der Name der Patientin wurde abgeändert und der gesamte dargelegte Fall anonymisiert. Dieser Fall soll in die Thematik von Kindern psychisch kranker Eltern überleiten und die Leser und Leserinnen dieser Bachelor-Thesis zum Nachdenken anregen. *Louisa's* Situation soll aufzeigen, welche Belastungen und Probleme im Zusammenleben in einem Familiensystem mit einem psychisch kranken Elternteil auftreten können.

Louisa ist zwölf Jahre alt und besucht eine Klinik für Kinder- und Jugendliche. Das Mädchen wohnt gemeinsam mit ihrer Mutter und ihren Geschwistern. Die gesamte Familie wird in unterschiedlichen Settings psychiatrisch begleitet. Bei der Mutter sind eine Depression und eine Borderline-Persönlichkeitsstörung bekannt. Weitere Verdachtsdiagnosen stehen noch offen. Die Geschwister befinden sich noch in Abklärung. In der Klinik wird *Louisa* an einigen Tagen als sehr kooperativ, motiviert und hilfsbereit wahrgenommen, an anderen Tagen zeigt sie stark oppositionelles Verhalten. Teilweise hilft *Louisa* freiwillig den Mitarbeitenden, damit sie mehr Zeit mit ihnen verbringen kann. In der Klinik ist sie gut integriert, sucht aber vorwiegend den Kontakt zu den Erwachsenen. Den Mitarbeitenden fällt neuerdings auf, dass *Louisa* vorwiegend freitags und montags grosse Stimmungsschwankungen hat und es ihr nicht immer gelingt, ihre eigenen Emotionen zu regulieren. Im Familienleben treten seit längerer Zeit massive Schwierigkeiten auf. *Louisa* zeigt sich zuhause sehr reizbar, will morgens nicht aufstehen und in die Tagesklinik gehen und zeigt stark oppositionelles Verhalten. Zudem gelingt es *Louisa* seit längerer Zeit nicht, ohne die Mutter im Bett nachts einzuschlafen. Die Mutter schildert, dass *Louisa* in vielen Bereichen sehr unselbständig ist, wie beispielsweise, wenn es ums Schlafen geht. In anderen Bereichen übernimmt *Louisa* hingegen die Verantwortung und macht beispielsweise tägliche Aufgaben im Haushalt. Es scheint, als würde *Louisa's* Verhalten ihre Mutter überfordern. Die Mutter kann dies mit *Louisa* nicht thematisieren, weil ihr die Energie und die Kraft fehlt. Das altersinadäquate ambivalente Verhalten von *Louisa* irritiert die Mutter.