

Urheberrechtliche Hinweise zur Nutzung Elektronischer Bachelor-Arbeiten

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

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

Die Nutzungsrechte sind:

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

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

Luzern, 16. Juni 2010

Hochschule Luzern
Soziale Arbeit



Dr. Walter Schmid
Rektor

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

Die Hochschule Luzern – Soziale Arbeit

empfiehlt diese Bachelor-Arbeit

besonders zur Lektüre!

Verbunden

**Sozialarbeit mit Eltern in der Psychiatrischen Klinik
und der Einbezug ihrer minderjährigen Kinder**



Bachelor-Arbeit

Hochschule Luzern – Soziale Arbeit

2012

Therese Müller und Irène Weber

Bachelor-Arbeit

Ausbildungsgang Soziale Arbeit

Kurs TZSA 2007-2012

Therese Müller

Irène Weber

Verbunden

Sozialarbeit mit Eltern in der Psychiatrischen Klinik und der Einbezug ihrer minderjährigen Kinder

Diese Bachelorarbeit wurde eingereicht im Januar 2012 in 4 Exemplaren zur Erlangung des vom Fachhochschulrat der Hochschule Luzern ausgestellten Diploms für **Sozialarbeit**.

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

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

Reg. Nr.:

Vorwort der Schulleitung

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

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

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

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

Luzern, im Januar 2012

Hochschule Luzern, Soziale Arbeit

Leitung Bachelor

Abstract

Sozialarbeit mit Eltern in der Psychiatrischen Klinik und der Einbezug ihrer minderjährigen Kinder

Therese Müller, Irène Weber. Gegenstand vorliegender Bachelorarbeit ist die Sozialarbeit mit psychisch beeinträchtigten, hospitalisierten Eltern. Wenn Eltern psychisch erkranken, sind deren Kinder unmittelbar betroffen. Die Kinder sind dem besonderen Risiko ausgesetzt, im Laufe ihres Lebens selber psychisch zu erkranken oder andere Auffälligkeiten zu entwickeln. Diese Erkenntnis ist bekannt, trotzdem hat sie kaum praktische Konsequenzen in den Psychiatrischen Kliniken. Es wird weder die Elternschaft der Patientinnen und Patienten systematisch berücksichtigt noch werden deren minderjährigen Kinder einbezogen.

Die vorliegende Literaturarbeit geht der Frage nach, was professionelles Handeln der Sozialen Arbeit in einer Psychiatrischen Klinik im Zusammenhang von psychisch beeinträchtigten, hospitalisierten Eltern und ihrer minderjährigen Kinder beinhaltet. Fachwissen aus der Resilienzforschung sowie der Bedürfnis- und Entwicklungstheorie werden im Kontext einer psychischen Erkrankung eines Elternteils beleuchtet und Schlussfolgerungen für das Handeln der Sozialen Arbeit in der Psychiatrischen Klinik gezogen. Ein Schwerpunkt liegt dabei auf der Stärkung der elterlichen Kompetenzen bzw. auf der Entlastung der Eltern. Der zweite Schwerpunkt liegt beim betroffenen Kind, dessen Einbezug in gewissen Situationen durchaus Sinn macht und seine positive Entwicklung begünstigen kann. Sozialarbeitenden in der Psychiatrischen Klinik soll mit diesem bifokalen Blick ein möglicher Weg zum professionellen Handeln mit psychisch beeinträchtigten Eltern aufgezeigt werden.

„Niemand ist allein krank.“

(Arist von Schlippe & Stephan Theiling, 2005)

Vorwort und Dank

Den beiden Verfasserinnen ist bewusst, dass zum Thema psychisch kranker Eltern und ihrer minderjährigen Kinder in den letzten Jahren viel geschrieben wurde und somit eine Fülle von Literatur existiert. Die Literaturrecherchen, aber auch eigene Erfahrungen haben gezeigt, dass die Rolle der Psychiatrischen Klinik als Mikrokosmos zu diesem Thema kaum beleuchtet wird. In verschiedenen Arbeiten wird zwar angeschnitten, was Kliniken tun könnten, aus Sicht der Autorinnen fehlt jedoch ein Zusammenschluss dieser Erkenntnisse. Diese Lücke wollen die beiden Autorinnen mit der vorliegenden Arbeit schliessen und aufzeigen, welchen Beitrag die Soziale Arbeit als Teildisziplin der Psychiatrischen Klinik dazu leisten kann.

Wir bedanken uns bei allen Personen, die uns bei der Erstellung der vorliegenden Arbeit unterstützt haben. Ein besonderer Dank gilt Prof. Anita Glatt, Prof. Dr. Marius Metzger, Prof. Dr. Kitty Cassée, Prof. Elke Brusa, Frau Christine Gäumann und Herrn Markus Eichkorn für die fachliche Unterstützung. Ein riesiges Dankeschön geht an unsere Partner und unsere Kinder, die uns während der Erarbeitung vorliegender Arbeit und während des gesamten Studiums an der Hochschule Luzern, Soziale Arbeit unterstützt haben, aber auch an unsere Freundinnen und Freunde, die während dieser Zeit Verständnis für unsere knappen zeitlichen Ressourcen hatten.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	7
1.1	Ausgangslage	7
1.2	Motivation.....	7
1.3	Fragestellung.....	8
1.4	Zielsetzung und Berufsrelevanz	8
1.5	Aufbau der Arbeit	9
2	Psychische Krankheit, Psychiatrische Klinik und Soziale Arbeit	11
2.1	Psychische Krankheit	11
2.1.1	Definition der psychischen Krankheit	11
2.1.2	Psychische Krankheit – psychische Gesundheit	12
2.2	Psychiatrische Klinik.....	13
2.2.1	Psychiatrische Klinik im Wandel der Zeit	14
2.2.2	Stigmatisierung	15
2.3	Soziale Arbeit in der Psychiatrischen Klinik	16
2.3.1	Interdisziplinarität.....	17
2.3.2	Klinische Sozialarbeit	18
2.4	Fallvignette.....	18
2.5	Fazit.....	19
3	Wenn Eltern psychisch krank sind, Auswirkung auf Kind und Familie.....	21
3.1	Psychisch kranke Eltern.....	21
3.1.1	Prävalenz psychisch kranker Eltern.....	21
3.1.2	Familie als System.....	23
3.1.3	Lebenslage belasteter Familien	24
3.2	Betroffene Familien	26
3.2.1	Familienleben vor Eintritt in die Erwachsenenpsychiatrie.....	26
3.2.2	Eintritt in die Erwachsenenpsychiatrie	30
3.2.3	Die Zeit der Hospitalisation	31
3.2.4	Familienleben nach dem Klinikaufenthalt	33
3.3	Fazit.....	34
4	Was belastet, was stärkt die betroffenen Kinder?	35
4.1	Belastungsfaktoren	35
4.1.1	Genetisches Risiko	36
4.1.2	Vulnerabilität	37
4.1.3	Psychosoziale Belastungsfaktoren	37

4.2	Schutzfaktoren	39
4.2.1	Resilienz	40
4.2.2	Ressourcen.....	42
4.3	Fazit.....	44
5	Bedürfnisse und Entwicklung des Kindes – Aufgaben der Eltern	45
5.1	Bedürfnisse, Bindung und Entwicklung des Kindes	45
5.1.1	Kindliche Bedürfnisse.....	45
5.1.2	Bindung.....	47
5.1.3	Kindliche Entwicklung	49
5.2	Aufgaben der Eltern	51
5.2.1	Elterliche Erziehungskompetenzen und kindliche Bedürfnisse	51
5.2.2	Unterschiedliche elterliche Aufgaben je nach Entwicklung des Kindes.....	52
5.3	Eingeschränkte Erziehungskompetenz	55
5.3.1	Entwicklungshemmendes Verhalten der Eltern	55
5.3.2	Gefährdete kindliche Entwicklung im Kontext psychisch kranker Eltern.....	56
5.4	Fazit.....	57
6	Professionelles Handeln der Sozialen Arbeit.....	59
6.1	Professionelles Handeln.....	59
6.2	Das Luzerner Modell	60
6.2.1	Phase I: Faktororientierung	61
6.2.2	Phase II: Wert- und Problemorientierung.....	63
6.2.3	Phase III: Lösungsorientierung.....	64
6.2.4	Phase IV: Wirkungsorientierung	65
6.3	Funktion und Aufgaben sozialarbeiterischer Beratung	66
6.4	Kundigkeit des hospitalisierten Menschen.....	68
6.5	Gefährdetes Kindeswohl.....	69
6.5.1	Freiwilliger Kindsschutz.....	69
6.5.2	Zivilrechtlicher Kindsschutz.....	70
6.6	Fazit.....	70
7	Soziale Arbeit mit Eltern in der Psychiatrischen Klinik.....	72
7.1	Einbezug der Eltern	72
7.1.1	Haben Sie Kinder?	73
7.1.2	Im Kontakt mit den Eltern.....	74
7.1.3	Einbezug des gesunden Elternteils	75
7.1.4	Psychoedukation.....	75
7.2	Einbezug der Kinder	76
7.2.1	Kontakt mit dem Kind	77

7.2.2	Information der Kinder	79
7.2.3	Austritt planen	80
7.3	Rahmenbedingungen	81
7.4	Methodisches Handeln am Fallbeispiel Frau Keller	82
7.4.1	Faktenorientierung	82
7.4.2	Werte- und Problemorientierung	85
7.4.3	Lösungsorientierung	86
7.4.4	Wirkungsorientierung	87
7.5	Schlussfolgerungen und Visionen	89
7.5.1	Zusammenfassende Beantwortung der Fragestellung	89
7.5.2	Persönliches Fazit.....	92
7.5.3	Ausblick.....	93
8	Literatur- und Quellenverzeichnis	95
	Anhang A: Checkliste zur Risikoeinschätzung betroffener Kinder.....	99
	Anhang B: Rechercheprotokoll Januar bis März 2011	107
	Anhang C: Rechercheprotokoll April bis November 2011.....	109

Alle Kapitel der vorliegenden Bachelorarbeit sind von den beiden Autorinnen gemeinsam erarbeitet worden. Die Fotografie auf dem Titelblatt ist selbst erstellt.

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Generationengrenzen	24
Abb. 2: Auffälligkeiten der Kinder am Stichtag nach Geschlecht.....	35
Abb. 3: Bereiche familiärer Funktionsweisen.....	41
Abb. 4: Die Balance zwischen Bindung und Erkundung	46
Abb. 5: Entwicklung des Bindungsverhaltens	48
Abb. 6: Kindliche Entwicklung nach Entwicklungsphasen.....	50
Abb. 7: Robustheit des Elternobjekts als Entwicklungslinie.....	53
Abb. 8: Phasenmodell der allgemeinen normativen Handlungstheorie.....	61
Abb. 9: Phase I des Luzerner Modell	61
Abb. 10: Phase II des Luzerner Modells	63
Abb. 11: Phase III des Luzerner Modells	64
Abb. 12: Phase IV des Luzerner Modells	65
Abb. 13: Funktionen und Aufgaben von Beratung in der Sozialen Arbeit	66
Abb. 14: Psychosoziale Diagnostik	83
Abb. 15: Problembegründung.....	86

1 Einleitung

1.1 Ausgangslage

Psychische Erkrankungen haben in den letzten Jahren stark zugenommen. Es wird davon ausgegangen, dass fast die Hälfte der Bevölkerung einmal in ihrem Leben psychisch erkrankt. Psychisch Kranke sind gleich häufig Eltern wie psychisch Gesunde. Rund ein Drittel der in einer Psychiatrischen Klinik hospitalisierten Menschen sind Eltern minderjähriger Kinder. Die gefährdete Entwicklung der Kinder mit einem psychisch kranken Elternteil wird durch die Forschung belegt. Obschon eine frühe Unterstützung der Eltern und ihrer Kinder als wichtiger Schutzfaktor angesehen wird, müssen die Kinder häufig zuerst Verhaltensauffälligkeiten zeigen oder selber eine psychische Störung entwickeln, bevor sie professionelle Unterstützung erhalten. Trotz dieser Erkenntnis wird die Elternschaft der Patientinnen und Patienten in Psychiatrischen Kliniken kaum berücksichtigt. Es fehlt das klinikinterne Bewusstsein über die Wichtigkeit der Elternrolle und somit an Angeboten zur Stärkung der elterlichen Kompetenzen und zum Einbezug ihrer minderjährigen Kinder. Es gibt zwar vereinzelte Anstrengungen und erste Konzepte, eine systematische Erfassung von Eltern im stationären Aufenthalt in einer Psychiatrischen Klinik und ein methodisches Vorgehen zu deren Unterstützung und zum Einbezug ihrer minderjährigen Kinder fehlen.

1.2 Motivation

Die Verfasserinnen haben aus ihrer eigenen Berufserfahrung auf einem Vormundschaftsamt, in der aufsuchenden Begleitung und im Sozialdienst einer Psychiatrischen Klinik erkannt, wie tragend die psychische Gesundheit der Eltern für die Kinder ist. Als Praktikantin bei der Vormundschaft wurde miterlebt, wie Verhaltensauffälligkeiten von Kindern erst gemeldet werden, wenn bereits Gefahr in Verzug ist. So leben betroffene Kinder nicht selten jahrelang unter widrigen Umständen bis gehandelt wird. Dies zeigt auf, wie wichtig ein frühes Erkennen und Unterstützen der betroffenen Kinder und ihrer Eltern ist, aber auch welche Gratwanderung eine angemessene Intervention darstellt. Bei der Arbeit in der Psychiatrie konnte im direkten Kontakt festgestellt werden, dass psychisch erkrankte Menschen oft Eltern von minderjährigen Kindern sind. Dieser Tatsache wird von Seiten der Klinik kaum Aufmerksamkeit geschenkt. Beim Eintritt eines Elternteils in die Psychiatrische Klinik wird zwar meist nach der Kinderbetreuung gefragt, dies geschieht jedoch nicht systematisch, und es wird auch keine Risikoabwägung gemacht.

Im Zentrum der Behandlung stehen die Erkrankten, in einem späteren Schritt die erwachsenen Angehörigen. Die Kinder werden lediglich dann berücksichtigt, wenn der Klinik von aussen zugetragen wird, dass das Kindeswohl gefährdet sein könnte. Auch der Elternrolle wird während des Klinikaufenthaltes kaum Beachtung geschenkt. Angebote zur Entlastung der Eltern und zur Stärkung der elterlichen Kompetenzen sind auch bei längerdauerndem Klinikaufenthalt nicht vorgesehen. Auch die Rahmenbedingungen sind nicht familiengerecht. Diese Tatsache motiviert die Verfasserinnen dazu beizutragen, die Arbeitstätigkeit der Sozialen Arbeit in einer Psychiatrischen Klinik näher zu beleuchten und zu erweitern, aber auch die Rahmenbedingungen einer Psychiatrischen Klinik zu optimieren. Damit sollen die Eltern in ihrer Rolle gestärkt und über sie die Not der Kinder als „vergessene Angehörige psychisch Kranker“ gelindert werden.

1.3 Fragestellung

Nach Darstellung von Ausgangslage und Motivation haben sich die Autorinnen für folgende Hauptfragestellung dieser Bachelorarbeit entschieden:

- Was beinhaltet professionelles Handeln der Sozialen Arbeit im Kontext von psychisch beeinträchtigten, hospitalisierten Eltern und ihrer minderjährigen Kinder?

Um diese Frage beantworten zu können, werden folgende vier Teilfragen gestellt:

- Was sind die Auswirkungen einer psychischen Erkrankung eines Elternteils auf das betroffene Kind und das Familienleben?
- Wie sieht es in betroffenen Familien in der Zeit rund um den Aufenthalt eines Elternteils in einer Psychiatrischen Klinik aus?
- Welche Risikofaktoren bestehen bei Kindern mit psychisch krankem Elternteil, welches sind mögliche Schutzfaktoren?
- Was benötigen Kinder für eine gesunde Entwicklung und welche Anforderungen stellen sich dabei den Eltern?

1.4 Zielsetzung und Berufsrelevanz

Das Ziel dieser Bachelorarbeit besteht darin, die Situation psychisch beeinträchtigter Eltern und ihrer minderjährigen Kinder bewusst zu machen und aufzuzeigen, welche Methoden und Möglichkeiten einer Psychiatrischen Klinik für Erwachsene zur Verfügung stehen, um Eltern und ihre minderjährigen Kinder zu erfassen, einzubeziehen, unterstützen und entlasten zu können.

Den beiden Autorinnen ist bewusst, dass die Psychiatrische Klinik für Erwachsene als Mikrokosmos nur eine der verschiedenen Anlaufstellen psychisch kranker Menschen ist. Bis eine psychische Beeinträchtigung eines Elternteils zum Klinikeintritt führt, spitzt sich die Situation oft lange zu. Beim Klinikeintritt ist es daher an der Zeit und auch eine geeignete Möglichkeit, die Elternschaft in Verbindung mit psychischer Beeinträchtigung zu erfassen.

Die vorliegende Arbeit richtet sich an Professionelle der Sozialen Arbeit und an Fachpersonen anderer Professionen, die sich im Rahmen der interdisziplinären Zusammenarbeit mit hospitalisierten Eltern und deren minderjährigen Kinder in der Psychiatrischen Klinik für Erwachsene befassen.

1.5 Aufbau der Arbeit

Die vorliegende Bachelorarbeit umfasst 7 Kapitel.

Im zweiten Kapitel wird mit der Definition psychischer Krankheit und der Gegenüberstellung von psychischer Krankheit und psychischer Gesundheit ins Thema eingestiegen. Darauf folgt ein kurzer geschichtlicher Rückblick über Psychiatrische Kliniken. Dieser Rückblick wird gegeben, um ein besseres Verständnis zu erhalten, wieso sich die Psychiatrie noch heute in dieser Form zeigt. Um der Leserschaft den Einstieg zu erleichtern, wird danach mit den Erläuterungen zu Interdisziplinarität und zu klinischer Sozialarbeit ein erster Bezug zur Sozialen Arbeit in der Psychiatrischen Klinik hergestellt. Zudem wird am Ende dieses Kapitels die fiktive Fallvignette von Frau Keller (hospitalisierte Mutter zweier Kinder) vorgestellt, die durch vorliegende Arbeit begleitet wird und besondere Bedeutung in Kapitel 7 erlangt.

Im dritten Kapitel wird zuerst ein allgemeiner Überblick über psychische Erkrankungen und Elternschaft gegeben. Es werden Zahlen und Fakten ausgeführt (Prävalenz). Das Familiensystem wird beleuchtet, bevor auf die Lebenslage belasteter und unbelasteter Familien eingegangen wird. Im zweiten Teil des Kapitels wird aufgezeigt, was eine psychische Erkrankung eines Elternteils für betroffene Kinder und das gesamte Familiensystem vor, während und nach dem Klinikaufenthalt bedeutet.

Das vierte Kapitel befasst sich mit dem Stand der Risikoforschung. Es zeigt auf, welche Faktoren für das Kind besonders belastend wirken, und es geht im zweiten Teil auf die Schutzfaktoren ein.

Im fünften Kapitel wird der Frage nachgegangen, was die Voraussetzungen sind, damit sich ein Kind gesund entwickeln kann. Aufgezeigt werden die kindlichen Bedürfnisse, der Stellenwert der Bindung und die Entwicklungsstufen des Kindes. Da Eltern die Hauptverantwortung für das Erfüllen der kindlichen Bedürfnisse tragen, werden im Weiteren deren Entwicklungsaufgaben und die nötigen Kompetenzen ausgeführt und in Bezug zu den kindlichen Entwicklungsstufen gesetzt. Wie sich mangelnde Erziehungskompetenz zeigt und wie dadurch die kindliche Entwicklung im Kontext einer psychischen Erkrankung eines Elternteils gefährdet sein kann, wird zum Schluss beschrieben.

Das sechste Kapitel ist der professionellen Tätigkeit gewidmet. Professionelles Handeln verlangt ein methodisch begründetes Vorgehen. Mit Hilfe des Luzerner Modells wird aufgezeigt, wie ein methodisch geleiteter Handlungsprozess aussieht. Anschliessend gehen die Autorinnen auf die Berufsfelder der Sozialen Arbeit ein und stellen diese in Bezug zur Sozialen Arbeit in einer Psychiatrischen Klinik, bevor auf Kundigkeit und gefährdetes Kindeswohl näher eingegangen wird.

Das siebte Kapitel zieht die Erkenntnisse aus der vorliegenden Arbeit zusammen und leitet daraus Handlungsempfehlungen für die Soziale Arbeit in der Psychiatrischen Klinik ab. Nebst Empfehlungen zum Einbezug der Eltern und ihrer minderjährigen Kinder geben die Autorinnen auch Vorschläge zur Anpassung der Rahmenbedingungen durch die Leitung einer Psychiatrischen Klinik ab. Bevor die Fragestellung beantwortet und auf Schlussfolgerungen und Empfehlungen eingegangen wird, setzen die Autorinnen den Fall Frau Keller in Bezug zum Luzerner Modell.

2 Psychische Krankheit, Psychiatrische Klinik und Soziale Arbeit

2.1 Psychische Krankheit

Nachstehend wird der Frage nachgegangen, was eine psychische Krankheit ist. Zudem werden psychische Krankheit und psychische Gesundheit gegenübergestellt.

2.1.1 Definition der psychischen Krankheit

In der vorliegenden Bachelorarbeit verzichten die beiden Autorinnen darauf, einzelne Krankheitsbilder näher zu erläutern. Sie verweisen dazu auf die international anerkannten Diagnostik-Manuale "International Classification of Diseases" (ICD), welches von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) entwickelt wurde und heute in der 10. Auflage vorliegt (ICD-10), sowie auf das „Diagnostische und Statistische Manual psychischer Störungen“ (DSM) der Amerikanischen Psychischen Vereinigung (APV), welches in der 4. Fassung vorliegt (DSM-IV). Beide Manuale wurden 1980 erstmals herausgegeben. (Horst Dilling, Werner Mombour, Martin Schmidt, 2010, S. 6) Sozialarbeitende einer Psychiatrischen Klinik kommen in ihrer täglichen Arbeit vor allem mit Diagnosen des ICD-10 in Berührung, da dieses in Psychiatrischen Kliniken in der Schweiz von Seiten der Medizin als Diagnoseinstrument dient (Markus Eichkorn, Leiter Sozialdienst Psychiatrische Klinik Königsfelden, 31.10.2011, Expertengespräch).

Nach ICD-10 liegt eine psychische Krankheit dann vor, wenn klinisch erkennbare Symptome oder Verhaltensauffälligkeiten nach gegebenen Klassifikationen festgelegt werden können (Aleksandra Dimova & Manfred Pretis, 2010, S. 39). Diese Diagnoseinstrumente fokussieren stets auf die Symptome, den krankmachenden Anteil, das Defizit des Menschen und suchen Erklärungen für deren Entstehung und Behandlungsmöglichkeit, wie die Sozialarbeiterin Andrea Grabert (2007) festhält. Sie führt dies auf die Geschichte der Psychiatrie zurück (S. 9 - 10), wie diese später in diesem Kapitel unter 2.3.1 näher beleuchtet wird.

Die Sozialpädagogin Elisabeth Schmutz (2010) beschreibt psychische Erkrankung mit „erheblichen Abweichungen im Erleben und Verhalten eines Menschen, die Krankheitswert haben. Dabei kommt es zu Veränderungen im Denken, Fühlen und Handeln, unter denen der betroffene Mensch selbst leidet und / oder sein familiäres, berufliches und soziales Umfeld“ (S. 17). Nach Dimova, Fachärztin für Psychiatrie und Pretis, klinischer Psychologe, (2010) zeigt sich das Vorliegen einer psychischen Erkrankung, wenn sich „bedeutsame Veränderungen in der Ausführung von grundlegenden Alltagsaktivitäten, im Wahrnehmen, Denken, Fühlen, der Kommunikation und dem Leben sowie in biologischen Rhythmen zeigen. Diese Veränderungen rufen entweder bei den Betroffenen oder ihrer bedeutsamen Umwelt Leidensdruck hervor“ (S. 38).

Wenn als Vergleich die Definition von Gesundheit der WHO zugezogen wird, hat diese folgenden Wortlaut: „Gesundheit wird von Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt: dort, wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben. Gesundheit entsteht dadurch, dass man sich um sich selbst und die anderen sorgt, dass man in die Lage versetzt ist, selber Entscheidungen zu fällen und eine Kontrolle über die eigenen Lebensumstände auszuüben sowie dadurch, dass die Gesellschaft, in der man lebt, Bedingungen herstellt, die allen ihren Bürgern Gesundheit ermöglichen.“ (zit. in Martin Hafen, 2009, S. 26) Um ein gesamtheitliches körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es gemäss WHO (2006) zwingend, dass das Individuum, aber auch die Gesellschaft nebst der Bedürfnisbefriedigung ihre Selbstwirksamkeit entfalten und die Umwelt entsprechend modifizieren können. Um Gesundheit zu fördern, benötigt der Mensch somit ein entsprechendes Mass an Selbstbestimmung, welches sich positiv auf seine Gesundheit auswirkt (S. 2).

2.1.2 Psychische Krankheit – psychische Gesundheit

Niklas Baer und Theodor Cahn (2009) sehen es als eine Herausforderung für den Menschen, das Leben in einem seelischen Gleichgewicht zu bewältigen. Ein Gelingen dessen sehen die Fachpersonen der Psychiatrischen Dienste Baselland als von vielen Faktoren abhängig, die sowohl auf das Individuum wie auch auf dessen Lebenswelt zurückzuführen sind. So sehen Baer und Cahn in der Bewältigungsfähigkeit kein Attribut, das einmal erlernt lebenslang erhalten bleibt. Jede Situation fordert neue Kraft, die nicht immer gleich zu generieren ist. Gesundheit und Krankheit liegen eng beieinander, bedingen sich gegenseitig und stehen in Wechselwirkung. Dementsprechend sind die Übergänge von psychischer Gesundheit und psychischer Krankheit fließend und nicht trennscharf festzulegen (S. 212 - 213). Hafen (2009) besagt, dass diese Zuschreibung vom Individuum subjektiv verschieden empfunden und von diesem selbst konstruiert wird. So kann die Gesundheit, die synonym für Wohlbefinden steht, vom Einzelnen als gut empfunden werden, obwohl objektiv Beeinträchtigungen wie, z.B. eine Querschnittlähmung, vorliegen. Dagegen kann sich ein gesunder Mensch ohne objektive Krankheitssymptome krank fühlen. Dieses subjektive Empfinden des Individuums wird von den gesellschaftlichen Normen mit beeinflusst, die definieren, was unter gesund bzw. krank verstanden wird. Diese Zuordnung variiert kulturell (ib., S. 111).

Dass einem kranken Menschen auch gesunde Anteile zugesprochen werden, ist im wesentlichen dem Medizinsoziologen Aaron Antonovsky zu verdanken (Grabert, 2007, S. 17). Er schlägt mit seinem 1970 entwickelten Konzept der Salutogenese einen neuen Weg in der Gesundheitsversorgung ein, die bis anhin krankheitsorientiert war. Antonovsky stellt die Frage: Warum bleiben Menschen gesund? Er geht dabei von der Polarisierung von Gesundheit bzw. Krankheit weg und bezeichnet Gesundheit und Krankheit als „Kontinuum“ zwischen den Polen gesund und krank. Durch diese Sichtweise schreibt er jedem kranken Menschen gesunde Anteile zu, deren Potenzial das Individuum mittels seines „Kohärenzgefühls“ mitbestimmen kann. Antonovsky sieht das Kohärenzgefühl als übergeordnetes Steuerprinzip mit der Funktion der gesund erhaltenden Gabe, dem Leben Zusammenhalt und Sinn zu geben. Er ist überzeugt, dass zur Bewältigung schwieriger Lebenssituationen vor allem Flexibilität und Anpassungsfähigkeit wichtig sind, und unterteilt das Kohärenzgefühl in drei Komponenten: „Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit“. Menschen mit einem hohen Kohärenzgefühl bringen eine Akzeptanz auf, die Veränderung anzunehmen (Verstehbarkeit), durch die sie die Situation mit geeigneten Bewältigungsstrategien durch eigene Entscheidung angehen können (Handhabbarkeit), was das weitere Handeln positiv begünstigt. Werden das Leben oder gewisse Bereiche daraus als wichtig und relevant gesehen (Bedeutsamkeit), bringt der Mensch die Motivation auf, in die Herausforderung zu investieren. Die Bedeutsamkeit, die auch religiösen, sinnorientierten oder gruppenspezifischen Ursprung haben kann, hat nach Antonovsky den grössten Einfluss auf die Gesundheit. Das Kohärenzgefühl entscheidet über Auswahl und Einsatz von Ressourcen und Strategien (zit. in Grabert, 2007, S. 45). Gemäss dem Autor gilt es nach Möglichkeiten vorhandener Ressourcen Ausschau zu halten, diese zu aktivieren und darauf zu fokussieren, was den Menschen trotz schwieriger Lebensbedingungen gesund hält anstatt was ihn krank macht. Damit wird der Ausgrenzung der kranken Menschen entgegengewirkt. Dies spricht nach Grabert (2007) für den Einsatz dieses Konzeptes in der täglichen Arbeit in einer Psychiatrischen Klinik (S. 8).

2.2 Psychiatrische Klinik

Um zu ergründen, weshalb es überhaupt dazu kam, dass ein psychisches Leiden als Krankheit definiert wird, gibt dieses Kapitel einen kurzen Rückblick in die Entstehungsgeschichte der Psychiatrischen Kliniken. Zudem zeigt dieser Teil auf, wie stark die Stigmatisierung der psychisch kranken Menschen mit der Entstehung der Psychiatrischen Kliniken zusammenhängt.

2.2.1 Psychiatrische Klinik im Wandel der Zeit

Vor der Zeit der Industrialisierung wurden Straftäter, Behinderte, Bettler, Epileptiker, Säufer und „Irre“ gemeinsam untergebracht. Eine genaue Kategorisierung und Differenzierung der Randständigen wurde damals als unwichtig befunden. Gemäss Marianne Bosshard, Ursula Ebert und Horst Lazarus (2010) wurde das Interesse der Gesellschaft für diese Personengruppe erst im Zuge der Industrialisierung geweckt. Es musste ergründet werden, inwiefern sich diese Menschen wieder in den Arbeitsprozess integrieren liessen und der Gesellschaft einen Nutzen bringen konnten (S. 19). Grabert (2007) greift in ihren Ausführungen auf Medizin-Historiker zurück, welche überzeugt sind, „dass sich die Psychiatrie als medizinische Disziplin etablieren konnte, da die Veränderung der Arbeitswelt dies erforderte“ (S. 10). Bis zu diesem Zeitpunkt war unklar, ob die Psychiatrie der Philosophie oder der Medizin angehört. Eine psychische Erkrankung galt jedenfalls in der Folge als körperliche Krankheit, die Störungen wurden studiert und erste Krankheiten definiert und diagnostiziert. Es entstand ein „biomedizinisches Krankheitsmodell“. Dieses Modell befasst sich mit pathogenen Prozessen im Organismus. Es wurden Anstalten für psychisch Kranke errichtet, in welchen die Patientinnen und Patienten als Kranke in Betten gesteckt und von der Gesellschaft ausgeschlossen wurden. Die Hospitalisierten wurden auf den kranken Körper reduziert, „in dem der Ursprung der Geisteskrankheit sitzen musste“. Der Psyche wurde für das Krankheitsgeschehen keine Bedeutung beigemessen. Psyche und Körper waren voneinander getrennt. Wer nicht mehr vollständig gesund wurde, galt für die Medizin als nicht mehr heilbar. Dies rechtfertigte eine lebenslängliche Unterbringung in einer Anstalt. Es herrschte damals eine Verwahrungspsychiatrie (Grabert, 2007, S. 10 - 11). Vielerorts befinden sich Psychiatrische Kliniken noch heute in Gemäuern, die als Zeugen vergangener Zeit stehen und damals abgelegen von Städten errichtet wurden.

Die Psychiatrischen Kliniken haben sich seither jedoch stark gewandelt. In der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts hat in den Psychiatrischen Kliniken ein Paradigmawechsel im Umgang mit Psychiatriepatientinnen und -patienten stattgefunden. Nebst der Anwendung von Neuroleptika und dem Absehen von menschenverachtenden Behandlungsmethoden wie beispielsweise Eis- oder Dauerbädern, Drehen auf Schwungmaschinen oder Hungerkuren, wurde erkannt, dass der Versuch, die Störung zu eliminieren, alleine nicht genügt, um einen Behandlungserfolg zu erzielen. Die Lebenswelt, in der der Patient, die Patientin lebt, hat an Bedeutung gewonnen. Nebst den somatischen wurde neu auch den psychosozialen Faktoren Bedeutung beigemessen. Das biopsychosoziale Modell hat sich seither in den Psychiatrischen Kliniken etabliert, wodurch sich auch die Arbeitsfelder erweitert haben. Nebst der Medizin und der Neurobiologie haben unter anderem Berufsfelder wie Soziale Arbeit und Psychologie an Bedeutung gewonnen (ib., S. 12 - 14).

Im Zuge des Paradigmawechsels hat sich auch die Beziehung zu den Angehörigen hospitalisierter Menschen gewandelt. Wurden diese früher als Bedrohung wahrgenommen, teilweise für die Krankheit verantwortlich gemacht und möglichst von der Klinik fern gehalten, wird heute deren zentrale Rolle im Genesungsprozess erkannt. Dies gilt jedoch meist erst für erwachsene Angehörige. Wie Reinhold Schone und Sabine Wagenblass (2006) festhalten, ist die Einbindung von Familienangehörigen in die Arbeit mit psychisch Kranken heute üblich, die Elternrolle der Patientinnen und Patienten wird jedoch meist nur am Rande zur Kenntnis genommen. Auch bei längerfristigen Behandlungen werden die Kinder - ausser bei einer bekannt gewordenen Kindwohlgefährdung - kaum bzw. nicht systematisch mit einbezogen. Angehörigenarbeit ist noch immer Arbeit mit Erwachsenen (S. 9). In den letzten Jahren wurde der Wandel in der Psychiatrischen Klinik durch weitere Begebenheiten geprägt: Bedingt durch die gesetzlichen und ökonomischen Vorgaben wurde das Klima zunehmend rauer. War der Dauer eines Klinikaufenthaltes früher kaum Grenzen gesetzt, wird sie in jüngerer Zeit immer kürzer bemessen. Der durchschnittliche Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik beträgt pro Eintritt bei Frauen knapp 25 Tage, bei Männern 21 Tage (Peter Rüesch, Daniela Schuler & Carine Weiss, 2007, S. 36).

2.2.2 Stigmatisierung

Trotz des Paradigmawechsels weg von der alleinigen Betrachtung des kranken Körpers, hin zu einem gesamtheitlichen Verständnis, hat dieser Wandel in der Wahrnehmung der Gesellschaft noch nicht in allen Teilen stattgefunden. Die geschichtlich gewachsene Stigmatisierung und Diskriminierung von Menschen mit einer psychischen Störung ist nach wie vor gross. Gemäss dem Bericht über die Europäische Ministerielle WHO-Konferenz (2006) halten sich in der Gesellschaft Mythen über psychische Probleme wie beispielsweise, dass Menschen mit psychischer Erkrankung gefährlich, weniger klug oder finanziell minderbemittelt sind. Im weiteren wird trotz entgegenwirkender Öffentlichkeitsarbeit immer noch angenommen, dass psychische Probleme selbstverschuldet sind und somit eine Schwäche darstellen oder dass psychische Erkrankungen nicht behandelt werden können (S. 40). Die WHO definiert die Problematik wie folgt:

Allzu oft gefährdet die weit verbreitete mit psychischen Gesundheitsproblemen verbundene Stigmatisierung die Entwicklung und Umsetzung einer Politik für psychische Gesundheit. Stigma ist die wichtigste Ursache für Diskriminierung und Ausgrenzung. Es wirkt sich auf das Selbstwertgefühl der Menschen aus, trägt zur Zerrüttung familiärer Beziehungen bei und begrenzt die Fähigkeit, sich in der Gesellschaft zu bewegen sowie eine Wohnung und eine Beschäftigung zu finden. In mancher Großanstalt fördert es außerdem die Missachtung der Menschenrechte. (WHO, 2006, S. 2)

Dass psychisch kranke Menschen beginnen, die gesellschaftlichen Verallgemeinerungen zu internalisieren und die Stigmatisierung auf sich zu richten, ist nicht weiter verwunderlich. Dabei verlieren sie ihr Selbstwertgefühl weiter, was sich negativ auf ihre Gesundheit und auf die Bewältigung der Krankheit auswirkt (Baer & Cahn, 2009, S. 222).

Die WHO ruft alle beteiligten Berufsgruppen, aber auch die Zivilgesellschaft dazu auf, gegen Stigmatisierung und Diskriminierung vorzugehen und diese damit zu verringern. Die staatliche Unterstützung ist dabei unabdingbar (ib., S. 39). Dabei nimmt die Soziale Arbeit als Menschenrechtsprofession eine bedeutungsvolle Stellung ein. Sie bemüht sich, Armut zu lindern und unterdrückte, ausgestossene Menschen zu befreien und ihre Integration in die Gesellschaft zu fördern.

2.3 Soziale Arbeit in der Psychiatrischen Klinik

So, wie sich die Psychiatrischen Kliniken in den letzten Jahren gewandelt haben, hat auch die Soziale Arbeit bedeutende Veränderungen erfahren. Gemäss Silvia Staub-Benasconi liegt der Ursprung der Sozialen Arbeit im grossen menschlichen Elend, welches der Frühkapitalismus mit sich gebracht hat (zit. in Ernst Engelke, 2002, S. 363). Bis sich Soziale Arbeit in der Psychiatrischen Klinik etablieren konnte, verstrichen noch Jahre. Erst mit dem Wandel weg von der Verwahrungspsychiatrie (vgl. 2.2.1), hin zu einem biopsychosozialen Modell hat die Soziale Arbeit in den Psychiatrischen Kliniken an Bedeutung gewonnen. Sie ist heute nicht mehr wegzudenken und zu einem wichtigen Bestandteil der interdisziplinären Arbeit geworden. Mit den Ausführungen zu Interdisziplinarität und klinischer Sozialarbeit wollen die beiden Autorinnen der Leserschaft den Einstieg ins Thema Soziale Arbeit in der Psychiatrischen Klinik erleichtern. Ausführungen zu den Grundsätzen der Sozialen Arbeit werden in Kapitel 6 erfolgen.

2.3.1 Interdisziplinarität

Bei der ersten Betrachtung ist die Psychiatrische Klinik das Feld der Medizin. Es geht darum zu diagnostizieren, zu behandeln, aber auch psychische Krankheiten zu erforschen. Gemäss Franz Hierlemann, dem Leiter des Sozialdienstes der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich (ohne Datum), basiert die Struktur in einer Psychiatrischen Klinik meist auf einem 3-Säulenmodell: Der klinischen Direktion (Medizin), der Spitaldirektion (Ökonomie/Politik/Verwaltung) und der pflegerisch-therapeutischen Direktion. Die Soziale Arbeit ist einer dieser Leitungen unterstellt, je nachdem wie die Organisation gewachsen ist (S. 1 - 2). Wie Bosshard, Ebert und Lazarus (2010) ausdrücken, hat die Medizin zwar nach wie vor grosses Gewicht, aufgrund der schwierigen sozialen und psychosozialen Verhältnisse der Patientinnen und Patienten ist sie aber auch hilflos und zunehmend auf die Soziale Arbeit angewiesen (S. 15). Die Soziale Arbeit hat daher besonders in den letzten Jahren stark an Bedeutung gewonnen, da Medizin und Pflege die diametrale Entwicklung der Zunahme von sozialer und psychosozialer Notlage der Patientinnen und Patienten und den immer kürzer werdenden Klinikaufenthalten und somit der Geschwindigkeit der Ausplatzierung nicht gerecht werden können.

Die Profession der Sozialen Arbeit handelt an der Schnittstelle zwischen Individuum und Gesellschaft. Ihr Handlungsbedarf besteht dort, wo menschliche Bedürfnisse gefährdet sind und soziale Probleme entstehen (Urban Brühwiler, Daniel Kunz, Beat Schmocker & Maria Solèr, 2011, S. 3). Die Soziale Arbeit ist durch ihr ganzheitliches Verständnis für den Menschen in seiner sozialen Situation und mit seiner Biographie für die Unterstützung des erkrankten Menschen nötig. Die Soziale Arbeit wirkt gegen Ausgrenzung, wird dort aktiv, wo Menschen von Exklusion betroffen sind, und sie ist zuständig für alle lebenspraktischen Belange. Dabei ist sie im Dialog mit den anderen Professionen und nutzt deren Fachwissen. Im gemeinsamen Dialog wird abgewogen und im Einzelfall entschieden. Dieses bringt den verschiedenen Professionen einerseits Entlastung und öffnet den Blickwinkel rund um die Behandlung, Betreuung und Wiedereingliederung des erkrankten Menschen. Gleichzeitig verlangt interdisziplinäres Arbeiten Kooperation, Koordination (Fallmanagement) und ein gemeinsames Verständnis mit dem gemeinsamen Ziel, die Lebensqualität des Patienten, der Patientin möglichst hoch zu halten. Hierlemann schreibt dazu, dass die Wiedererreichung von Gesundheit durch die Psychiatrie und die Ermöglichung von Selbstbestimmung und Teilhabe zwingend die Zusammenarbeit der verschiedenen Professionen bedarf (ohne Datum, S. 1). Chris Abderhalden, Ian Needham, Dorothea Sauter und Stephan Wolff (2004) bringen die Arbeit in der Klinik auf den Punkt: „Psychiatrische Arbeit ist eine sehr komplexe Arbeit, und jede Phase und Stufe von Behandlung und/oder Pflege erfordert das Zusammenwirken mehrerer Personen: Eine umfassende Diagnostik braucht die Wahrnehmung aus verschiedenen Blickwinkeln. Behandlung, Pflege und Hilfe müssen mehrdimensional sein.“ (S. 243)

Die Soziale Arbeit ist nebst Medizin, Pflege und Psychologie eine tragende Säule des Behandlungsteams. Den Ausdruck „Behandlungsteam“ übernehmen die beiden Autorinnen in dieser Arbeit, wenn vom interdisziplinären Team die Rede ist.

Nebst der interdisziplinären Zusammenarbeit innerhalb des Mikrokosmos Psychiatrische Klinik gilt hier zu erwähnen, dass Sozialarbeitende auch interinstitutionelle Zusammenarbeit anstreben, da, gerade wenn Familien betroffen sind, ein Hilfesystem aufgrund der komplexen Bedarfslage nicht genügt, Eltern und Kindern gerecht zu werden. (Schmutz, 2010, S. 40 – 43)

2.3.2 Klinische Sozialarbeit

Der Begriff „klinische Sozialarbeit“ könnte verwirren. Unter klinischer Sozialarbeit wird nicht explizit Soziale Arbeit in der Klinik verstanden, wie es der Ausdruck vermuten liesse. Ihr Feld ist viel breiter. Helmut Pauls (2003) definiert klinische Sozialarbeit als „eine gesundheitsspezifische Fachsozialarbeit (,klinisch‘ bedeutet ,behandelnd‘)“. Sie bezieht soziale und psychosoziale Faktoren in die Beratung mit ein (zit. in Anna Kottler, 2004, S. 31). Kottler führt dazu aus, dass klinische Sozialarbeit Gesundheit und Krankheit im Fokus hat, dass sie jedoch der somatischen und psychosomatischen Grösse noch eine weitere anfügt, die psychosoziale Grösse. Dieser ganzheitliche Ansatz ermöglicht es, auch komplizierte Probleme wahrnehmen zu können und praktische Lösungsansätze für diese zu finden. Hier schliesst sich der Kreis wieder zu dem im vorherigen Kapitel erwähnten biopsychosozialen Modell nach dem Verständnis von Gesundheit und Krankheit der WHO (Kottler, 2004, S. 31 – 32). Klinische Sozialarbeit kommt überall dort zum Zuge, wo es um die psychosoziale Beratung von Menschen in schwierigen Lebenslagen und in psychosozialen Krisen geht – also auch in der Psychiatrischen Klinik.

2.4 Fallvignette

Den beiden Autorinnen ist bewusst, dass psychische Erkrankungen facettenreich sind und es keinen Vorzeigefall gibt. Um die Lesefreundlichkeit der Arbeit zu fördern, haben sich die Autorinnen entschieden, die fiktive Fallvignette von Frau Keller beizuziehen, die durch die Arbeit begleitet. Wenn in der Arbeit Bezug zum Fall hergestellt wird, ist die Schrift jeweils kursiv. Es ist zu berücksichtigen, dass der Fall so dargestellt wird, wie der Alltag einer Familie mit psychisch krankem, hospitalisiertem Elternteil heute mehrheitlich aussieht. Im Kapitel 7.1 wird anhand der Fallvignette ein optimaler Einbezug aufgezeigt.

Frau Keller wird in der Psychiatrischen Klinik aufgenommen und auf einer Akutstation hospitalisiert. Die erste Diagnose lautet gemäss ICD-10 „rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episoden ohne psychotische Symptome, F33.2“ Nebst einer ersten Diagnose kann die zuständige Sozialarbeiterin dem Eintrittsbericht folgende Angaben entnehmen:

Frau Keller wohnt gemeinsam mit ihren zwei Kindern (Tina, 9 Jahre und Tim, 7 Jahre) in einer Vorortsgemeinde einer mittelgrossen Stadt. Frau Keller ist geschieden. Weder sie noch ihre Kinder pflegen Kontakt zum Ex-Partner. Die Alimente von Herrn Keller, einem Monteur, der häufig im Ausland arbeitet, kommen regelmässig.

Frau Keller ist gelernte Verkäuferin. Sie hat seit 3 Jahren (Kindergarteneintritt von Tim) im Teilzeitarbeitsverhältnis (50 %) gearbeitet. Durch ihr bescheidenes Einkommen und die Alimente kommt Frau Keller ohne fremde Hilfe über die Runden. Auf ihren Verdienst ist sie dringend angewiesen. Weil Frau Keller in letzter Zeit immer wieder gefehlt hat, wurde ihr das Arbeitsverhältnis gekündigt. Dies war ausschlaggebend für den Klinikeintritt.

Seit der Geburt des zweiten Kindes haben die depressiven Episoden, die Frau Keller bereits seit der Adoleszenz kennt, stark zugenommen. Frau Keller gibt an, dass die Unstimmigkeiten in der Ehe ihre Depressionen begünstigt hätten und dies auch zur Trennung von ihrem Mann führte. Zu ihrer Familie hat Frau Keller nur wenig Kontakt. Einzig zu ihrer Schwester Eva pflegt Frau Keller eine gute Beziehung. Diese möchte sie unterstützen. Frau Keller will jedoch nicht, dass jemand vom Ausmass ihrer Krankheit weiss und versucht sich zu distanzieren. Unterstützung durch Nachbarn oder Freunde erfährt Frau Keller keine.

2.5 Fazit

Die Definitionen psychischer Krankheit sind zahlreich, es gibt keine einheitliche. Für die Soziale Arbeit ist zentral, dass Gesundheit und Krankheit nicht getrennt voneinander anzusehen sind, sie schliessen einander gegenseitig nicht aus. Die Soziale Arbeit fokussiert den gesunden Anteil des hospitalisierten Menschen. In jedem Patienten, jeder Patientin sind Ressourcen vorhanden, die wahrgenommen, anerkannt, gestärkt und ausgebaut werden können. Dies erscheint besonders in einer Psychiatrischen Klinik zentral, um die mehrheitlich pathogene Sichtweise der Medizin zu ergänzen. Es ist Aufgabe der Sozialen Arbeit, interne und externe Ressourcen zu aktivieren und dadurch soziale, krankheitsbedingte oder materielle Lücken mit dem Ziel der Integration zu überbrücken. Der Mensch ist dabei zu befähigen, selbstbestimmend sein Leben zu gestalten. Noch heute werden Psychiatrische Kliniken und die mit ihr in Verbindung stehenden Akteure durch ihre Entstehungsgeschichte geprägt.

Psychisch kranke Menschen erfahren Stigmatisierung, der es entgegenzuwirken gilt. Soziale Arbeit hat erst nach dem Wandel vom eigentlichen Verwahren des Menschen, hin zu einer umfassenden Behandlung anhand eines biopsychosozialen Modells Einzug in die Klinik erfahren und in den letzten Jahren stark an Bedeutung gewonnen. Um eine optimale Betreuung der Patientinnen und Patienten gewährleisten zu können, ist die Interdisziplinarität in der Psychiatrischen Klinik ausgeprägt und zentral. Soziale und psychosoziale Probleme erfordern eine umfassende Behandlung, die eine Berücksichtigung der Lebenslage der Betroffenen erfordert. Klinische Sozialarbeit befasst sich mit Menschen in schwierigen Situationen und in psychosozialen Krisen, auch in der Psychiatrischen Klinik.

3 Wenn Eltern psychisch krank sind, Auswirkung auf Kind und Familie

3.1 Psychisch kranke Eltern

In diesem Kapitel geht es zuerst um Zahlen und Fakten. Anhand von Studien wird aufgezeigt, wie viele Menschen statistisch gesehen im Laufe ihres Lebens psychisch erkranken, wie hoch bei diesen Erkrankten der Anteil der Eltern minderjähriger Kinder ist und wie viele Kinder in Deutschland und der Schweiz betroffen sind. Um an das Thema psychisch kranker Eltern näher heranzuführen, wird zuerst Bezug zur Familie als System genommen und anschliessend die Lebenslage belasteter Familien beschrieben.

3.1.1 Prävalenz psychisch kranker Eltern

Unter Prävalenz wird das Lebenszeitrisiko verstanden, also die Wahrscheinlichkeit, im Laufe einer üblichen Lebensspanne an einer bestimmten Störung zu erkranken. Psychische Erkrankungen haben in den letzten Jahren stark zugenommen. Im Nationalen Gesundheitsbericht 2008 der Schweiz geht man davon aus, dass zwischen 32 und 48 % der Bevölkerung einmal in ihrem Leben psychisch erkranken (Baer & Cahn, 2009, S. 214). Gemäss WHO zählen psychische Störungen weltweit zu den häufigsten Erkrankungen. Die Tendenz ist weiter steigend (WHO, 2006, S. 1).

Kinder mit psychisch krankem Elternteil

Erhebungen unter Albert Lenz (2005) in Deutschland zeigen, dass psychisch Kranke durchschnittlich ebenso häufig Kinder haben wie psychisch Gesunde. Dies bedeutet nach Lenz, dass bis zu 30 % der in einer psychiatrischen Klinik stationär behandelten Menschen Eltern von minderjährigen Kindern sind (S. 33). Die Winterthurer Stichtags-Erhebung von Kurt Albermann, Kitty Cassée, Ruth Gurny und Barbara Los (2007) untersucht die Prävalenz der betroffenen Eltern und ihrer minderjährigen Kinder in der Region Winterthur an einem bestimmten Stichtag (21. März 2006). Diese Studie berücksichtigt Menschen mit psychischen Störungen, die in die Diagnosekriterien ICD-10 und DSM-IV fallen und sich in den zwei Jahren vor dem Stichtag wegen psychischen Problemen in hausärztlicher, teilstationärer, stationärer oder ambulanter Behandlung befunden haben (S. 18). Ein Drittel der Patientinnen und ein Sechstel der Patienten haben minderjährige Kinder (S. 28). Es kann also davon ausgegangen werden, dass in der Region Winterthur ca. 700 Kinder mit einem psychisch kranken Elternteil leben.

Bei einer Hochrechnung auf den Kanton Zürich wird von 4'000, bei einer auf die ganzen Schweiz von 20'000 – 30'000 betroffenen Kindern ausgegangen (Kitty Cassée, Silvia Gavez, Ruth Gurny & Barbara Los-Schneider, 2007, S. 23). Dabei wird darauf hingewiesen, dass die realen Zahlen vermutlich um einiges höher liegen, da nur Personen am Stichtag registriert wurden und Erkrankte, die sich in keiner Behandlung oder Beratung befinden, ebenfalls nicht berücksichtigt werden konnten (Albermann et al., 2007, S. 18 - 19). Daniel Sollberger (2006) kommt bei seinen Erhebungen zwischen 2003 und 2006 auf eine Schätzung von schweizweit rund 50'000 betroffenen Kindern. Auch bei diesen Zahlen wird von einer hohen Dunkelziffer ausgegangen, da nicht alle Menschen, die unter einer psychischen Erkrankung leiden, überhaupt eine Behandlung in Anspruch nehmen (zit. in Albermann et al., 2007, S. 14).

Eltern mit minderjährigen Kindern in der Psychiatrischen Klinik

Wenn nur die stationäre Behandlung angeschaut wird, halten Julia Kuhn und Albert Lenz (2011) fest, dass in Deutschland 10 – 20% der stationär behandelten Patienten und Patientinnen minderjährige Kinder haben. Dies bedeutet, dass pro Jahr in Deutschland ungefähr 175'000 Kinder die Erfahrung eines stationären Klinikaufenthaltes eines Elternteils wegen einer psychischen Erkrankung machen (S. 17). Auch in der Schweiz wurden in verschiedenen Psychiatrischen Kliniken Zahlen zu Klinikaufenthalt und Elternschaft erhoben, die ebenfalls in der Winterthurer-Studie zusammengefasst sind:

- In der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich wurden innert 13 Monaten 1'400 Patientinnen und Patienten erfasst, von denen 9 % Eltern von minderjährigen Kindern waren (Küchenhoff, 1997).
- Sollberger (2000) erhob in der Psychiatrischen Universitätsklinik Basel während fünf Monaten bei 180 Frauen und 189 Männern im stationären Aufenthalt die Elternschaft. 25 % der Frauen und 23 % der Männer hatten Kinder unter 20 Jahren.
- In der Psychiatrischen Klinik Münsingen wurde von Burke und Nussbaumer (1999) ebenfalls eine Studie durchgeführt. Während gut 9 Monaten wurden insgesamt 592 Patientinnen und Patienten erfasst. Es hatten 27 % bzw. 160 Menschen Kinder unter 20 Jahren (81 Frauen und 79 Männer).
- Im Jahr 2000 führten Sommer, Zoller und Felder (2001) in der Universitären Psychiatrischen Klinik Bern während 5 Monaten Erhebungen bei 614 Neueintritten durch. Etwas mehr als ein Drittel hatte Kinder. Die Hälfte davon hatte minderjährige Kinder.

- Sommer, Zoller und Felder stellen weiter Berechnungen für die ganze Schweiz an. Wenn davon ausgegangen wird, dass lediglich 20 % der hospitalisierten Patientinnen und Patienten minderjährige Kinder haben, ergeben Hochrechnungen für die Schweiz jährlich 4'000 – 5'000 betroffene Elternteile, die teilweise mehrere minderjährige Kinder haben (zit. in Albermann et al., 2007, S. 14).

Diese Zahlen sind beträchtlich, und es ist angezeigt, die Situation betroffener Familien im nächsten Abschnitt näher zu beleuchten.

3.1.2 Familie als System

Wenn ein Elternteil psychisch erkrankt, wird dies von den Kindern, der Partnerin oder dem Partner, aber auch vom erkrankten Familienmitglied selber unterschiedlich erlebt. Wie Jungbauer und Lenz (2008) ausführen, sind die Familienmitglieder „individuelle Persönlichkeitssysteme“ mit unterschiedlichen Eigenschaften und subjektiven Erfahrungen (S. 17). In Anlehnung an die allgemeine Systemtheorie ergeben diese individuellen Persönlichkeitssysteme zusammen ein soziales System, das Familiensystem. Wie Klaus A. Schneewind (2008) festhält, stehen die einzelnen Mitglieder in einer Beziehung zueinander. Sie gestalten diese durch unterschiedliche Beziehungsstrukturen. Geprägt werden sie durch eine gemeinsame Familiengeschichte. Im Familiensystem gibt es gleichzeitig verschiedene „Subsysteme“, wie beispielsweise das Eltern-Subsystem, das Geschwister-Subsystem, das Paar-Subsystem oder das Mutter-Kind-Subsystem (zit. in Vera Bamler, Jillian Werner & Cornelia Wustmann, 2010, S. 57). Jungbauer und Lenz (2008) sprechen zudem von einer Erweiterung des Familiensystems, dem die Eltern bzw. die Grosseltern angehören. Dieses System wird als „Mehrgenerationensystem“ bezeichnet (S. 18). Schneewind (2008) hält weiter fest, dass sich die verschiedenen Subsysteme ebenfalls durch unterschiedliche Beziehungsmuster vom Familiensystem als Ganzes unterscheiden. Jede Veränderung in der Befindlichkeit eines Systemmitgliedes hat Auswirkung auf das gesamte Familiensystem. Die Familienmitglieder stehen so eng zueinander, dass das veränderte Verhalten sie in gegenseitiger Wechselwirkung beeinflusst (zit. in Bamler et al., 2010, S. 57). Als Veranschaulichungshilfe kann das Mobile dienen. Wird das Mobile als Familiensystem angeschaut und die einzelnen Teile als Familienmitglieder, so wird deutlich, dass das gesamte System beeinflusst wird, wenn ein Teil eine andere Gewichtung erhält bzw. in Bewegung gerät. Somit kann gesagt werden, dass die Dynamik der Wechselwirkung sowohl positive Folgen wie gegenseitige Unterstützung sowie negative Interaktionen wie beispielsweise Destabilisierung der Paarbeziehung haben (Jungbauer & Lenz, 2008, S. 16). Schneewind hält dazu fest, dass Veränderungen im Familiensystem sowohl durch Einflüsse von innen wie von aussen herbeigeführt werden können (zit. in Bamler, 2010, S. 57).

Im Kontext der vorliegenden Arbeit ist beispielsweise die psychische Erkrankung eines Elternteils ein innerer, die Stigmatisierung durch die Gesellschaft ein äusserer Einfluss. Aufgabe des Familiensystems ist es unter anderem, die Beziehung mit dem Kind so zu gestalten, dass dieses sich wohl fühlt, sich gut entwickeln kann und seine Bedürfnisse befriedigt werden. Dazu ist die Rollenklarheit sowie Übernahme der Verantwortung des Eltern-Subsystems entscheidend (zit. In Balmer, 2010, S. 57). Kitty Cassée, Prof. Dr. phil., ehemalige Dozentin an der Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften, Soziale Arbeit, (Expertinnengespräch vom 6.7.2011) ergänzt Rollenklarheit und Übernahme von Verantwortung mit der Wichtigkeit einer intakten Generationengrenze zwischen dem Eltern- und dem Kinder-Subsystem und stellt dies zur besseren Verständlichkeit grafisch wie folgt dar:

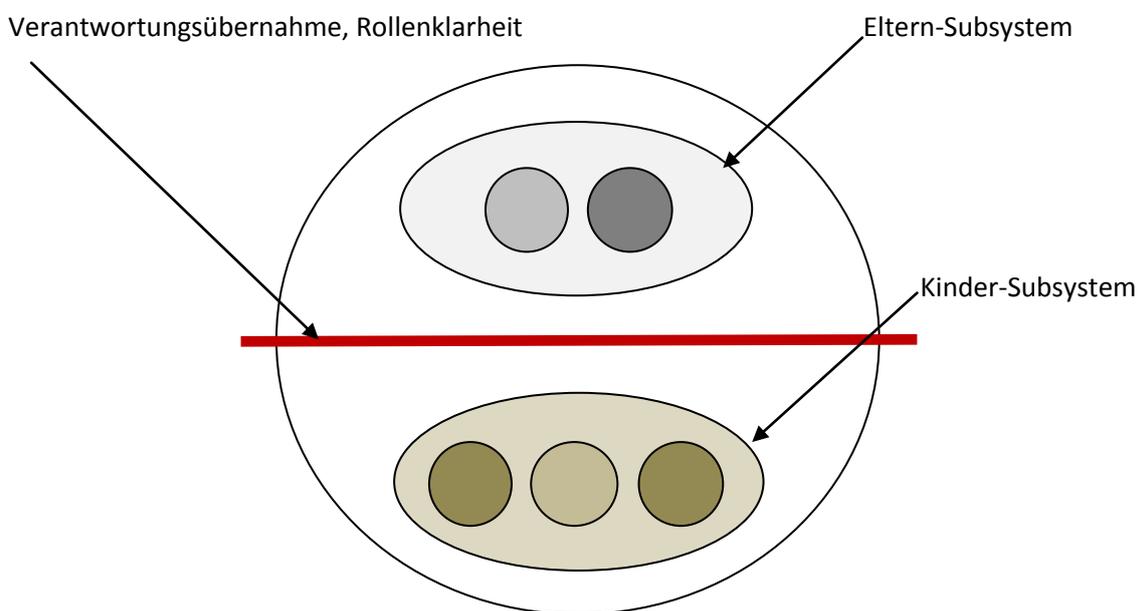


Abb. 1: Generationengrenzen

(nach Cassée, gezeichnet am Expertinnengespräch vom 6.7.2011)

3.1.3 Lebenslage belasteter Familien

Als Lebenslage beschreibt Gregor Husi (2007) „die Gesamtheit der Mittel, die einem Menschen zur Verfügung stehen“ (S. 4); soziale Lage oder Lebensstandard sind synonym zu verstehen. Er fragt dabei, welche der zur Verfügung stehenden Mittel ein Mensch für sein Handeln nutzen kann und welche er auch wirklich nutzt, oder aber welche ungenutzt bleiben. Husi unterteilt in positive Mittel (Ressourcen) und negative Mittel (Belastungen und Zwänge). Quer dazu steht die Unterteilung in innere Mittel (Wissen, Prestige, Macht, Netzwerk, Geld) und äussere Mittel (kognitive, körperliche und emotionale Fähigkeiten). Die Lebenslage macht das Können des Individuums aus (S. 4 - 7).

Wird die Lebenslage einer durchschnittlichen Familie betrachtet, bei der die positiven Mittel überwiegen, könnte diese beispielsweise eine gute Bildung aufweisen, durch Erwerbsarbeit ein Einkommen erzielen, was Geld oder Grundbesitz zur Folge hat, in ein soziales Netz eingebettet sein, emotionale Möglichkeiten haben, auf die Bedürfnisse der Kinder zu reagieren und sie in ihrem Entwicklungsprozess zu begleiten, die Elternrolle wahrnehmen und Verantwortung gegenüber den Kindern übernehmen, aber auch ein gewisses Ansehen in der Gemeinschaft beispielsweise im Dorf geniessen. Diese nicht abschliessend aufgeführten Bereiche beeinflussen einander wechselseitig und sind voneinander abhängig. Ein gewisser Anteil an negativen Mitteln ist in allen Familien zu finden. So kann sich beispielsweise ein tiefes Einkommen, vorübergehende Arbeitslosigkeit, Krankheit oder die Tatsache alleinerziehend zu sein, nachteilig auf die Familie auswirken.

Bei Menschen mit psychischer Beeinträchtigung häufen sich die Belastungen. Wie Baer und Cahn (2009) ausführen, haben sie im Vergleich zu anderen Bevölkerungsgruppen, aber auch gegenüber Randgruppen wie beispielsweise Sozialhilfeempfängerinnen und -empfängern eine deutlich geschmälerte Lebensqualität (S. 222). Wird die Lebenslage einer belasteten Familie näher beleuchtet, wird sichtbar, dass eine psychische Erkrankung der Eltern für die Mehrzahl der Familien kein isoliertes Problem darstellt. Es zeigt sich eine Kumulation negativer Mittel. Reinhold Schone und Sabine Wagenblass (2002) bezeichnen eine psychische Erkrankung eines Elternteils aufgrund dieser Belastungen als Familienkrankheit (S. 12). In der Winterthurer-Studie (Albermann et al., 2007) wird diese Interdependenz und die Kumulation von negativen Aspekten bzw. Problemen deutlich. Die in der Studie erhobenen Zahlen belegen, dass der Bildungsstand bei Menschen mit einer psychischen Erkrankung häufig niedrig ist. Psychische Erkrankung und niedrige Bildung erhöhen das Risiko, arbeitslos zu sein, um das Fünffache (S. 74 - 76). Die Wahrscheinlichkeit eines tiefen sozioökonomischen Status nimmt zu, was sich beispielsweise auf die Wohnsituation auswirken kann. Paarbeziehungen sind durch die Erkrankung oft sehr belastet. 51% der Befragten geben an, Paarkonflikte zu haben, weshalb der Anteil von Alleinerziehenden ohne ein stützendes Beziehungsnetz gross ist (Cassée et al., 2007, S. 24). Dies bestätigen Albermann et al. (2007): Viele psychisch beeinträchtigte Frauen leben mit ihren Kindern alleine (S. 99 – 100). Wenn nun bedacht wird, dass alleinerziehend sein per se ein Risikofaktor darstellt, wird die Belastung des Menschen in Verbindung mit einer psychischen Beeinträchtigung noch deutlicher. Im weiteren erhebt die Studie mit 73% die höchste Prozentzahl der Probleme bei der mangelnden Erziehungskompetenz, gefolgt von mangelnder Alltagsstrukturierung (Cassée et al., 2007, S. 24).

Zusätzlich verschärft wird die Situation bei Menschen mit Migrationshintergrund. Migration und fremde Kultur scheinen psychische Beeinträchtigung ebenfalls zu begünstigen und stellen einen Risikofaktor dar (Albermann et al. 2007, S. 111). Gemäss Baer und Cahn (2009) fühlen sich die Schweizerinnen und Schweizer psychisch besser als die hier wohnhaften Migrantinnen und Migranten. Dies führen die beiden Autoren nicht auf ein grundlegend schlechteres psychisches Wohlbefinden zurück, sondern vielmehr auf traumatisierende Erfahrungen im Herkunftsland, das Weggehen selber, aber auch auf die Erfahrungen in der Schweiz. Auch bei dieser Gruppe erweist sich die Bildung als zentral. Ausländerinnen und Ausländer mit einer hohen Bildung unterscheiden sich nicht von Schweizerinnen und Schweizern mit einer ähnlichen Bildung in Bezug auf ihr psychisches Wohlbefinden (S. 220). Dazu kommt eine Reihe weiterer psychosozialer Belastungsfaktoren, auf die in Kapitel 4.1.3 näher eingegangen wird, die ebenfalls zur Verschlechterung der Lebenslage von Familien mit psychisch krankem Mitglied beitragen.

Obschon psychische Krankheiten in den letzten Jahren zugenommen haben, sind sie in der Gesellschaft immer noch ein Tabuthema. Betroffene und ihre Familien werden stigmatisiert, was ihre Lebenslage weiter negativ beeinflusst resp. sie in der negativ Spirale verharren lässt. So gilt Stigmatisierung beispielsweise als ein Haupthindernis für eine berufliche Eingliederung (Baer & Cahn, 2009, S. 225).

Selbstverständlich sind die Familien, wie Jungbauer und Lenz (2008) ausführen, je nach Art, Ausprägung und Dauer der psychischen Erkrankung unterschiedlich stark belastet (S. 7).

3.2 Betroffene Familien

Nachdem die systemische Perspektive der Familie und die Lebenslage von Familien mit und ohne psychisch krankem Elternteil aufgezeigt wurden, wird es im nachstehenden Kapitel konkreter: Die Autorinnen gehen der Frage nach, wie die Familie die Zuspitzung der psychischen Erkrankung eines Elternteils erlebt und wie sich diese auf das betroffene Kind und das Familienleben in den Phasen vor, während und nach dem Aufenthalt in der Psychiatrischen Klinik auswirkt.

3.2.1 Familienleben vor Eintritt in die Erwachsenenpsychiatrie

Wie unter 3.1.3 festgehalten, wirkt sich eine psychische Erkrankung eines Elternteils auf das gesamte Familiensystem aus. Das Familiensystem wird mit neuen Herausforderungen konfrontiert, die Ordnung wird gestört, es bedarf einer Neuorientierung. Besonders stark gefordert ist die Familie, wenn die Mutter erkrankt. Nachstehend geben die beiden Autorinnen Tina Keller, der 9-jährigen Tochter von Frau Keller (Fallvignette), eine Stimme:

Seit meine Mama nicht mehr zur Arbeit geht, liegt sie meist den ganzen Tag in ihrem Bett im dunklen Zimmer. Auf meine Fragen reagiert sie oft nicht. Das hatte sie schon früher ab und zu, jetzt ist es aber jeden Tag so. Was meiner Mama fehlt, weiss ich nicht. Ich bemühe mich jedenfalls sehr, dass ich brav bin und ihr möglichst viel abnehme. Am Morgen stelle ich mir den Wecker, mache mir und Tim das Frühstück und schaue, dass auch Tim pünktlich in die Schule kommt. Am Mittag koche ich uns etwas. Meist sitze ich nachher zu Mama ans Bett. Manchmal weint und klagt Mama, oft ist sie aber einfach wie leblos und schaut durch mich hindurch. Meist mache ich nachher noch etwas Ordnung. Wenn ausnahmsweise jemand anruft und Mama verlangt, sage ich, dass sie gerade nicht da ist. Mama hat auch schon davon gesprochen, dass sie tot sein möchte. Wenn es Mama so schlecht geht, getraue ich mich fast nicht aus dem Haus zu gehen. Mama mag es auch überhaupt nicht, wenn ich weg gehe. Zu mir kommen kann niemand, da wir nicht wollen, dass jemand Mama so sieht. Sie will auf keinen Fall in die Klinik gehen. Dort sei es schlimm, das hat sie mir schon erzählt. Ich sage ihr immer, dass sie ihre Tabletten wieder nehmen muss. Das macht sie im Moment nicht. Manchmal habe ich grosse Angst, und ich weiss nicht, wie es weitergehen soll.

Wie Tina beschreibt, zeigt sich die Erkrankung ihrer Mutter in der Phase vor dem Klinikeintritt durch die massive Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes. Beate Lisofsky und Fritz Mattejat (2009) führen aus, dass sich eine psychische Erkrankung je nach Krankheitsbild durch plötzliche Stimmungswechsel oder unfassbares, ungewohntes Verhalten zeigt. Auch massloser Umgang mit Zeit und Geld, unberechenbares Schwanken zwischen Nähe und Distanz, Rüge und Verwöhnung können Auswirkung der Krankheit sein. Dies führt dazu, dass sich alle Familienmitglieder auf die Befindlichkeit der erkrankten Person konzentrieren, sich rücksichtsvoll und angepasst verhalten, sich bemühen alles richtig zu tun oder zu sagen. Alle Handlungen haben nur noch ein Ziel: die Bedrohung durch die Erkrankung abzuwenden. Da dies meist nicht möglich ist, machen sich in der Familie Gefühle wie Frustration, Ohnmacht, Hilflosigkeit, aber auch Angst breit. Der Familie wird das Lebensgefühl genommen (ib., S. 58). In dieser Phase beginnen sich die Grenzen zwischen den Untersystemen aufzuweichen. Insbesondere diese zwischen den Generationen verschwimmen, deren Bedeutung unter 3.1.2 angeschnitten wurde. Lenz (2005) beschreibt, wie die Familie durch die Erkrankung eines Elternteils näher zusammenrückt, sich gegenseitig unterstützt und sich fürsorglich umeinander kümmert. Es kann dadurch zur Rollenumkehr kommen (S. 92).

Je nach Phase der Krankheit ist der erkrankte Elternteil nicht in der Lage, den elterlichen Aufgaben nachzukommen. Wesentliche Grundbedürfnisse der Versorgung werden beim Kind nicht mehr gestellt. Die Kinder übernehmen dadurch die Partner- oder Elternfunktion für den erkrankten Elternteil. Jungbauer und Lenz (2008) sprechen bei dieser Rollenverschiebung von Parentifizierung. Die Kinder kümmern sich um Aufgaben wie Haushaltsführung oder Betreuung kleinerer Geschwister, die sie in gewohnten Familienstrukturen nicht bzw. nicht in diesem Ausmass zu bewältigen haben (S. 12). Besonders ausgeprägt ist die Parentifizierung meist in Familien mit nur einem Elternteil (ib., S. 146). Die Rollenkehr geschieht jedoch gemäss Lenz (2010) nicht nur mit dem psychisch kranken Elternteil. Auch der psychisch gesunde Elternteil meldet bei den Kindern oftmals Bedürftigkeit an und macht die Kinder verantwortlich für sein Wohlergehen (S. 6). Beim erkrankten Elternteil löst diese Rollenkehr unter Umständen Schuldgefühle aus. Es belastet ihn, dass er der Versorgung und der Erziehung der Kinder nicht nachkommen kann und macht sich Sorgen um die Entwicklung der Kinder. Durch diese Belastung wird der gesundheitliche Zustand weiter negativ beeinflusst (ib., S. 35).

Wie eingangs festgehalten ist die Situation in der Familie vor der Klinikeinweisung durch die sich zuspitzende Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Elternteils geprägt, sie wird häufig begleitet von einer Krise und unter Umständen von Suiziddrohungen. Auch elterliche Konflikte spitzen sich in dieser Zeit zu. Lenz (2010) führt aus, dass „psychische Erkrankung von Eltern und eheliche Disharmonie in Wechselwirkung stehen“ (S. 5). Während dieser Phase sind viele Kinder in die Auseinandersetzungen ihrer Eltern involviert und bekommen starke Loyalitätskonflikte. Sie müssen die schwierige Situation meist alleine meistern, da auch der gesunde Elternteil während dieser Zeit stark gefordert ist. Einerseits belasten ihn die Konflikte, andererseits müssen die Partner bzw. Partnerinnen zusätzliche alltägliche Aufgaben übernehmen. Die Belastung wird dadurch erhöht, und es ist dem gesunden Elternteil häufig nicht möglich, den Kindern emotionale Unterstützung und Ausgleich zu bieten. Die Kinder fühlen sich einsam, isoliert und traurig. Meist fehlen den Kindern zuverlässige soziale Aussenbeziehungen, die ausgleichend wirken könnten (Lenz, 2005, S. 11 und S. 93). Dies einerseits in Gestalt erwachsener verlässlicher Bezugspersonen aber auch in Beziehungen zu Gleichaltrigen. Die Isolation wird durch die Verheimlichung und fehlende Aufklärung über die Krankheit des Elternteils begünstigt. Diffuses Wissen löst bei den Kindern zusätzliche Unsicherheiten und Ängste aus (Lenz & Jungbauer, 2008, S. 11).

Je jünger die Kinder sind, umso weniger wissen sie über die Krankheit des Elternteils, es wird mit ihnen kaum über die Krankheit gesprochen, noch werden Fragen beantwortet. Es wird versucht, die Krankheit vor den Kindern zu verheimlichen. Auch herrscht in den Familien häufig ein Kommunikationsverbot nach aussen, entweder im direkten Verbot oder aber unausgesprochen. Wie Lenz (2010) beschreibt, wissen die Kinder dann intuitiv, dass sie mit niemandem über die Krankheit sprechen dürfen. Die Krankheit wird damit zum Familiengeheimnis (S. 6). Nehmen wir die Aussagen von Tina nochmals zu Hilfe, ergibt sich daraus folgendes Bild:

Mir hat eigentlich niemand direkt verboten, über Mamas Erkrankung zu sprechen. Es hat sich einfach so ergeben. Auch als mein Vater noch bei uns lebte, hat er nie mit jemandem darüber gesprochen, dass Mama krank ist, mit mir auch nicht. Kürzlich habe ich mit einer Freundin über Psychiatrische Kliniken gesprochen. Sie hat mir Geschichten von der Spinnwinde und dem gelben Wägeli erzählt und wie die Menschen abgeholt würden, wenn sie spinnen. Das hat mir gezeigt, dass ich wirklich niemandem sagen darf, dass es meiner Mutter nicht gut geht.

Die Kinder schämen sich häufig auch für die Krankheit des Elternteils und fühlen sich an ihr mitschuldig. Eine Befragung von Kindern durch Lenz (2005) zeigt, dass diese ihr unangepasstes Verhalten für die Erkrankung mitverantwortlich machen. Besonders kleine Kinder nehmen die Schuld für die Krankheit häufig auf sich. Die Kinder sind überzeugt, dass ihr Verhalten in ursächlichem Zusammenhang mit der Krankheit steht. Dieser Gedanke wird durch Schuldzuweisungen des Umfelds noch begünstigt (S. 101). Wie Jungbauer und Lenz (2008) beschreiben, führen Gefühle von Mitschuld und Scham für die Krankheit des Elternteils dazu, dass die Kinder in zwei Welten zu leben beginnen, in der Welt der Familie und in der der Aussenwelt. Die Kinder fühlen sich in beiden Welten fremd gegenüber der anderen Welt (S. 10). Bei älteren Kindern kommt die Angst dazu, einmal selber an einer psychischen Krankheit zu erkranken (Birgit Möller, Georg Romer & Silke Wiegand-Grefe, 2011, S. 35).

Unterstützung und professionelle Hilfe von aussen wäre für die Kinder und die betroffenen Familien bereits vor Klinikeinweisung des Elternteils dringend notwendig. Es zeigt sich jedoch, dass die Eltern – nebst fehlender Krankheitseinsicht – sehr zurückhaltend in der Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten sind. Als wichtigsten Grund führen Albert Lenz, Fritz Mattejat und Silke Wiegand-Grefe (2011) Angst vor Stigmatisierung und damit verbunden Diskriminierung und Abwertung auf (S. 16). Lenz (2005) konkretisiert diese Zurückhaltung und Skepsis der Eltern gegenüber Hilfsangeboten mit der Furcht vor dem Verlust des Sorgerechts. Zudem ist Lenz überzeugt, dass die Eltern teilweise gar nicht wissen, wie sie an Unterstützung herankommen könnten (S. 34 – 35). Die psychische Erkrankung spitzt sich so weit zu, bis eine Klinikeinweisung bzw. ein Klinikeintritt unvermeidlich ist.

3.2.2 Eintritt in die Erwachsenenpsychiatrie

Mama ist nun in der Klinik. Als Tante Eva vor zwei Tagen unangemeldet vorbei kam, hat sie gesehen wie schlecht es Mama geht. Sie ist mit ihr zum Arzt gefahren. Dieser hat gesagt, dass Mama in die Klinik muss. Mama wollte nicht, ist aber dann doch mit Eva mitgegangen. Seither wohnen Tim und ich bei unserer Tante. Zum Glück wohnt sie nur ein Dorf weiter. Ich bin sehr traurig. Gehört habe ich von Mama nichts mehr. Tante Eva hat nur gesagt, dass sie Mama wieder gesund pflegen. Was machen die in der Klinik wohl mit meiner Mutter?

Die in Kapitel 3.2.1 beschriebene Tatsache, dass mit Kindern kaum über die Krankheit ihrer Mutter, ihres Vaters kommuniziert wird, scheint eine Erklärung dafür zu liefern, wieso sich die Kinder meist nicht an den Beginn der Krankheit oder höchstens wage an die allgemeinen Veränderungen im Verhalten ihrer Mutter, ihres Vaters erinnern können. Die fehlende Erinnerung hängt unter Umständen auch mit der Tatsache zusammen, dass sich die Kinder beim Beginn der Krankheit häufig noch im Vorschulalter befinden. Eine von Lenz (2005) durchgeführte Studie, die in diesem Kapitel immer wieder zugezogen wird, zeigt jedoch deutlich, dass Kinder klare Erinnerungen an den Klinikeintritt und die damit verbundene häufig traumatisierend wirkende Situation haben. Meist ist der Klinikeintritt die Folge einer sich zuspitzenden Verschlechterung des Gesundheitszustandes und nicht lange im Voraus geplant. Die Krankheit kann vor den Kindern verschwiegen werden, der Klinikeintritt lässt sich hingegen vor diesen nicht mehr verstecken. Er ist für die Kinder durch starke Verlusterfahrungen geprägt (S. 82 – 83). Besonders schwierig ist es für die Kinder, wenn sie miterleben müssen, wie der Elternteil mit Suizid droht oder gar einen Suizidversuch unternimmt und mittels Fürsorgerischen Freiheitsentzug (FFE) in die Klinik gebracht werden muss. Ein solches Ereignis hat für das Kind traumatisierende Wirkung. Wie Lenz ausführt, verschärft sich die Dramatik für das Kind dadurch, weil es miterleben muss, wie die Mutter, der Vater durch die Einleitung der Zwangsmassnahme Autonomie und Autorität verliert (Lenz, 2005, S. 84). Lenz beschreibt weiter, dass sich Kinder während dieser Zeit häufig selber zu beruhigen versuchen, indem sie die Klinik als Ort der Pflege und der Gesunden einordnen, wo sich ihr kranker Elternteil bestimmt schnell erholen werde. Je älter die Kinder bzw. Jugendlichen sind, um so bessere Möglichkeit haben sie, die Ereignisse zu reflektieren und einzuordnen (ib., S. 87).

In der Klinik wird der kranke Elternteil aufgenommen und auf der Station untergebracht. Nach dem Verbleib und dem Wohlbefinden der Kinder wird meist nicht systematisch bzw. nicht nach institutionalisierten Kriterien gefragt. Ein Aufnahmegespräch kann sich je nach Sensibilität des diensthabenden Arztes für das Thema Kind und Elternschaft sehr unterschiedlich gestalten. Meist wird nach Kindern gefragt, nicht aber vertieft abgeklärt, wie Kinder während des Klinikaufenthaltes versorgt sind und wie es um deren Wohlbefinden steht. Aktiv wird die Klinik nur dann, wenn die Kindswohlgefährdung offensichtlich ist und ihr diese von einer Drittstelle zugetragen wird. (Eigene Beobachtung als Praktikantin in der Psychiatrischen Klinik)

3.2.3 Die Zeit der Hospitalisation

Meine Mama ist nun schon seit drei Wochen weg. Tim und ich vermissen sie sehr. Tim klebt daheim ständig an mir. Auf dem Pausenplatz kann ich jedoch beobachten, wie Tim sehr böse ist und immer wieder andere Kinder schlägt. Wir wohnen immer noch bei Tante Eva. Mit Mama habe ich bisher nur einmal kurz telefoniert. Sie hat ganz komisch getönt und gesagt, dass sie noch müde sei, aber bald wieder zu uns zurück komme. Tante Eva war einmal zu Besuch in der Klinik. Sie war nachher ganz komisch. Ich frage mich immer wieder, ob ich zu wenig brav zu Mama war, dass sie so müde geworden ist. Was machen die nur mit ihr in der Klinik?

Der Klinikalltag ist für den erkrankten Elternteil, sobald es sein Gesundheitszustand zulässt, stark strukturiert und geprägt von Therapien. Nebst den herkömmlichen Angeboten wie Gesprächs-, Ergo-, Bewegungs-, Arbeits- oder Kunsttherapie gibt es keine spezifischen Angebote, die die Elternschaft berücksichtigen, stärken und entlasten. Während es in der Psychiatrie meist üblich ist, erwachsene Familienangehörige in die Arbeit mit einzubinden, wird die Elternschaft der Patientinnen und Patienten – wenn überhaupt – nur am Rande berücksichtigt. Es gibt bisher kaum Behandlungskonzepte, die die Kinder psychisch kranker Patientinnen und Patienten systematisch einbeziehen. Häufig wissen die Mitarbeitenden der Psychiatrie nicht einmal, dass ihre Patientinnen und Patienten auch Eltern sind. Dabei ist zu berücksichtigen, dass Eltern während des Klinikaufenthaltes häufig sehr zurückhaltend im Gespräch über bzw. im Einbezug ihrer Kinder sind. Sie erleben die Klinik oftmals als Bedrohung und haben Angst, dass ihnen das Sorgerecht entzogen werden könnte, wenn sie Erziehung, Haushalt, ja einfach ihr Leben durch die Krankheit nicht mehr im Griff haben. Dies ist beispielsweise nach einer Zwangseinweisung oder bei fehlender Krankheitseinsicht nicht weiter verwunderlich.

Hilfsangebote werden von Seiten der Eltern aus diesem Grunde eher zögerlich angenommen oder ausgeschlagen. Hospitalisierte Eltern sind häufig voller Scham und Schuldgefühle. Sie schämen sich, dass sie ihr Leben nicht im Griff haben und ihren Aufgaben nicht gewachsen sind und sich in einer Psychiatrischen Klinik befinden. Sie haben auch Schuldgefühle, dass sie ihren Kindern gegenüber nicht gerecht werden können und sorgen sich, dass sie ihnen die psychische Erkrankung vererbt haben (Expertinnengespräch Cassée, 6.7.2011).

Nach Lenz (2005) erleben die Kinder die Zeit des Klinikaufenthaltes, besonders wenn die Mutter bzw. Bezugsperson erkrankt ist, als schwierig. Sie fühlen sich alleine und verlassen. Die Traurigkeit, die bereits in der Zeit vor dem Klinikeintritt auftritt, nimmt zu. Während des Klinikaufenthaltes des Elternteils muss das Kind mit einschneidenden Veränderungen im familiären Alltag klar kommen. Unter Umständen kommt eine fremde Person in den Haushalt, es wird von Verwandten betreut oder gar fremdplatziert. Es muss sich an neue Regeln und Begebenheiten gewöhnen. Wenn die Mutter erkrankt ist, wird das Kind vielleicht durch den Tag von Drittpersonen betreut und an den Abenden und Wochenenden vom Vater. Lenz zeigt weiter auf, dass bereits kleine Kinder versuchen, den Vater während dieser Zeit zu entlasten, indem Arbeiten übernommen werden (S. 94).

Nebst den einschneidenden Veränderungen im familiären Alltag fehlt den Kindern oftmals die Klarheit in Zusammenhang mit der Erkrankung. Wie Lenz (2005) ausführt, erhalten sie während der Zeit der Hospitalisation des Elternteils kaum oder nicht genügend Informationen über die Krankheit, deren Verlauf und die Dauer des geplanten Klinikaufenthaltes. Sie verstehen häufig nicht, was in ihrer Mutter, ihrem Vater vorgeht und was genau passiert ist, dass der Elternteil nun in der Klinik sein muss. Antworten auf Fragen fallen allgemein oder für Kinder unklar aus. Dies hat zur Folge, dass sich die Kinder isolieren und eigene Erklärungen für das Geschehene suchen. Lisofsky und Mattejat (2009) erklären diese „Sprachlosigkeit“ der Erwachsenenpsychiatrie dadurch, dass diese noch nicht lange angefangen hat, gegen aussen zu kommunizieren und zur Zeit noch nicht darauf eingestellt ist, mit Kindern zu reden, für die sie sich nicht verantwortlich fühlt (S. 59). Die Studie von Lenz (2005) zeigt, wenn die Kinder Informationen erhalten, ist dies meist nicht von Professionellen, sondern vom erkrankten Elternteil, häufig der Mutter. Diese versucht den Grund für die psychische Erkrankung zu erklären. Der gesunde Elternteil dagegen hat die Tendenz, die Krankheit nur zu umschreiben, dies vermutlich um die Kinder nicht zusätzlich zu belasten (S. 113). Wie bereits vor dem Klinikeintritt fehlt ihnen häufig auch während der Zeit des Klinikaufenthaltes eines Elternteils eine erwachsene Person, zu der die Kinder Vertrauen haben (Jungbauer & Lenz, 2008, S. 21).

Die durchschnittliche Psychiatrische Klinik ist für Kinderbesuche (noch) nicht eingerichtet. Die Kliniken weisen oft weder freundliche Besucherräume noch Spielecken oder Spielplätze auf. Lenz (2005) zeigt auf, dass Besuche der Kinder in der Klinik wichtig wären, dass diese jedoch besonders bei kleineren Kindern eher selten sind. Die Besuche wirken sich grundsätzlich positiv auf die Genesung des Elternteils aus und sind für die Eltern-Kind-Beziehung in der Aufrechterhaltung regelmässiger Kontakte wichtig (S. 46 - 47). Wenn die Kinder ihren erkrankten Elternteil in der Klinik besuchen, erleben sie den Besuch als langweilig und sie fühlen sich auch unwohl. Die Besuchssituation ist besonders schwierig, wenn die erkrankte Person die Station aus gesundheitlichen Gründen nicht verlassen darf. Sobald alleiniger Ausgang möglich ist, vereinfacht sich die Situation. Lenz bestätigt, dass sich ein Besuch in der Klinik, verbunden mit einem Spaziergang oder einer sonstigen gemeinsamen Aktivität, für Kinder einfacher gestaltet (S. 105). Bei Besuchen auf der Station machen die Kinder gemäss Lenz's Studie die Erfahrung, dass es vor allem Pflegende sind, die mit ihnen in Kontakt treten und sie nach ihrem Befinden fragen. Kontakte mit Ärzten und Ärztinnen, Therapeutinnen und Therapeuten sind die Ausnahme. Im Kontakt mit den Mitpatienten und Mitpatientinnen fühlen sich die Kinder vor allem zu Beginn gehemmt. Dies ist vermutlich auch Ausdruck der Stigmatisierung psychisch Kranker und der Psychiatrischen Klinik durch die Gesellschaft. Erschreckend fanden die in der Studie befragten Jugendlichen auch, dass die Patienten und Patientinnen ihre freie Zeit meist mit Rauchen oder vor dem Fernseher verbringen und für ihren erkrankten Elternteil keine weiteren Freizeitaktivitäten möglich sind (S. 108 – 109). Ein Klinikaufenthalt kann, trotz den verkürzten Behandlungszeiten, unter Umständen mehrere Wochen dauern, das ist eine lange, belastende Zeit für das Kind und seine Familie.

3.2.4 Familienleben nach dem Klinikaufenthalt

Seit gestern ist Mama wieder da. Ich war ganz überrascht und sehr, sehr froh. Mama ist ganz blass, sie hat aber einmal kurz gelacht. Tim und ich wohnen nun wieder bei ihr. Ich unterstütze sie wo ich kann. Ich hoffe, dass es ihr nun für immer gut geht und sie nie mehr in die Klinik muss.

Der Klinikaustritt erfolgt häufig nicht von langer Hand geplant. Bei fehlender Krankheitseinsicht und / oder Wunsch nach umgehendem Austritt kann dieser von einer Stunde zur nächsten erfolgen. Schlecht betreute Kinder oder Sehnsucht nach diesen kann einen raschen bzw. frühzeitigen Austritt ebenfalls begünstigen. Auch bei regulärer Entlassung bedeutet dies nicht, dass vorgängig immer ein Familiengespräch stattfindet. Der Elternteil wird unter Umständen ohne vorgängige Absprache und Anschlussplanung entlassen und kommt unvorbereitet zurück in die Familie. Durch den fehlenden systematischen Einbezug der Familie fehlt häufig auch die Vernetzung mit Institutionen bzw. professionellen Hilfesystemen.

Wie Lenz (2005) ausführt, bemüht sich die Familie, das entlassene Mitglied zu schonen und auf dieses in besonderem Masse Rücksicht zu nehmen. Um einen Rückfall zu vermeiden, verhalten sich vor allem auch die Kinder angepasst und vermeiden jegliche Art der Belastung in Form von Konflikten, Kritik oder Gefühlsausbrüchen. Wird der Elternteil unabsichtlich gereizt, leidet das Kind unter Schuldgefühlen und unter der Angst, einen erneuten Rückfall zu provozieren. Um einen solchen zu vermeiden, geben sich die Kinder Mühe, ihre Mutter noch mehr im Haushalt zu entlasten. Sie fühlen sich für ihre Familie verantwortlich (S. 94 - 95). Es gibt auch Kinder, die rückfallpräventiv wirken wollen, in dem sie sich für die Einnahme der Medikamente des erkrankten Elternteils verantwortlich fühlen. Sie versuchen so einer erneuten Klinikeinweisung entgegenzuwirken. Kinder entwickeln aber auch besondere Fähigkeiten in der Erkennung von Frühwarnzeichen (S. 8 - 11). Tritt dann ein Rückfall ein, fühlen sie sich schuldig. Sie haben dann das Gefühl, ihre Eltern nicht genügend entlastet zu haben. Besonders kleine Kinder sind von dieser Situation stark betroffen. Im Gegensatz zu älteren Kindern und Jugendlichen haben sie nicht die Möglichkeit, sich von der Familie zu distanzieren und beispielsweise Freunde zu treffen. Sie sind der Situation ausgeliefert (S. 95).

3.3 Fazit

Psychische Erkrankungen sind häufig und werden gemäss Prognosen weiter zunehmen. Die Statistiken zeigen es, ein beträchtlicher Teil dieser Menschen sind Eltern minderjähriger Kinder, wobei die Dunkelziffer gross ist. Soziale Probleme kommen meist kumuliert vor, sie stehen in Wechselwirkung zueinander. Somit haben psychisch beeinträchtigte Menschen die Erkrankung vielfach nicht als einziges Problem, sie stehen in ihrem Leben multiplen Belastungen gegenüber. Psychosoziale Belastungsfaktoren wie Armut, Arbeitslosigkeit, beengende Wohnverhältnisse, die Tatsache alleinerziehend zu sein, Migration etc. häufen sich. Die Lebensqualität von psychisch beeinträchtigten Menschen ist reduziert. Wenn die psychische Erkrankung einen Elternteil trifft, ist die ganze Familie betroffen, da sich jede Veränderung in der Befindlichkeit eines Familienmitgliedes auf das ganze Familiensystem auswirkt. Die Familie ist unter Umständen nicht nur mit der Erkrankung, also mit inneren Einflüssen konfrontiert, auch äussere Einflüsse wie beispielsweise die Stigmatisierung durch die Gesellschaft kann schwer belasten. Der erkrankte Elternteil ist während der kranken Phase teilweise nicht mehr in der Lage, den Kindern gerecht zu werden. Es kann vorkommen, dass sich die Generationengrenze verschiebt und Kinder Verantwortung für ihren Elternteil übernehmen müssen. Besonders während der Zeit rund um den Klinikaufenthalt eines Elternteils sind Kinder besonders belastet. Dieser Tatsache wird von Seiten der Psychiatrischen Klinik kaum Bedeutung beigemessen. Um ein umfassendes Bild über die Situation der betroffenen Kinder zeichnen zu können, ist Wissen über Belastungs- bzw. Schutzfaktoren zentral, wie sie im nächsten Kapitel aufgegriffen werden.

4 Was belastet, was stärkt die betroffenen Kinder?

4.1 Belastungsfaktoren

Kinder psychisch kranker Eltern sind einer erhöhten Belastung ausgesetzt, im Laufe ihres Lebens selber psychisch zu erkranken. Gleichzeitig laufen sie Gefahr, eine andere Störung auszubilden, wie die nachstehende Grafik zeigt:

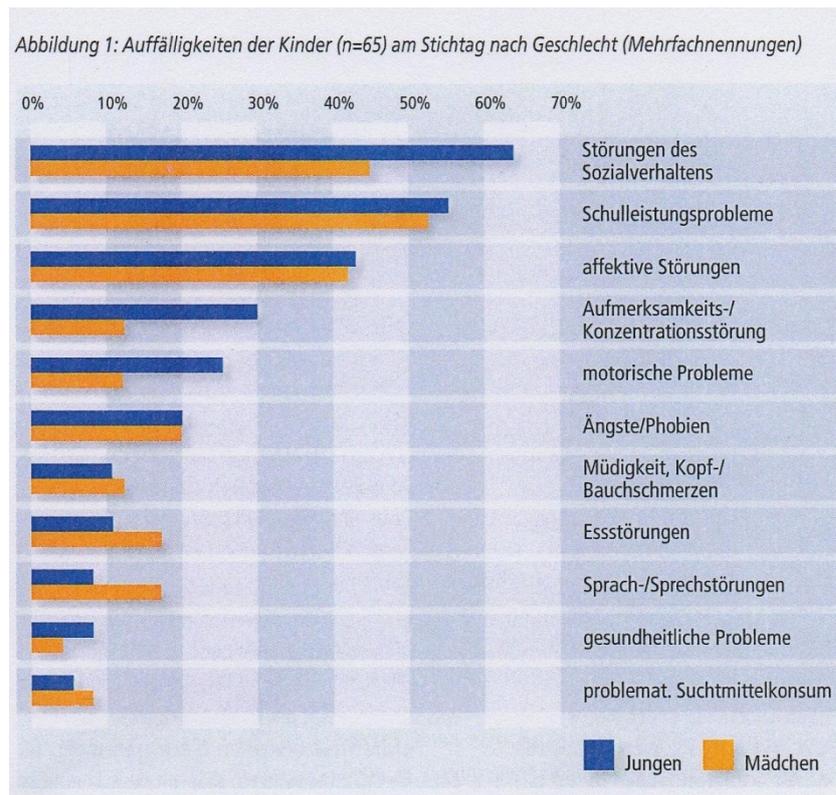


Abb. 2: Auffälligkeiten der Kinder am Stichtag nach Geschlecht

(Cassée et al., 2007, S. 25)

Wie der Grafik zu entnehmen ist, zeigen gut drei Viertel der erfassten Kinder eines psychisch beeinträchtigten Elternteils eine oder mehrere Auffälligkeiten, wobei Störungen des Sozialverhaltens und Leistungsprobleme in der Schule am häufigsten genannt werden. Geschlechtsspezifische Merkmale zeigen sich: Während sich die Störungen bei den Mädchen eher gegen sich selber richten, zeigen die Knaben äussere Verhaltensauffälligkeiten (Cassée et al., 2007, S. 24).

Nachstehend wird der Frage nachgegangen, inwiefern Vererbung, persönliche Verletzlichkeit und psychosoziale Faktoren eine psychische Erkrankung bzw. Auffälligkeit begünstigen.

4.1.1 Genetisches Risiko

Verschiedene empirische Studien belegen, dass Kinder psychisch kranker Eltern ein erhöhtes Risiko haben, im Laufe ihres Lebens selber eine psychische Störung zu entwickeln. Lisofsky und Mattejat (2009) zeigen anhand des Krankheitsbildes Schizophrenie auf, dass Kinder eines an Schizophrenie erkrankten Elternteils im Vergleich zur Gesamtbevölkerung ein 10-fach höheres Risiko haben, selber an Schizophrenie zu erkranken. Während das Risiko der Gesamtbevölkerung bei 1 % liegt, ist das Risiko bei Kindern mit einem erkrankten Elternteil bei 13 %. Lenz (2011) führt dazu aus, dass leibliche Kinder von zwei an Schizophrenie erkrankten Elternteilen ein Risiko von 40 % haben, selber zu erkranken (S. 3). Auch bei Kindern mit einem depressiven Elternteil kann gemäss Lisofsky und Mattejat (2009) davon ausgegangen werden, dass ein 10-fach erhöhtes Risiko vorliegt. In Zahlen bedeutet dies, dass 6 % der Gesamtbevölkerung im Laufe ihres Lebens an Depression erkranken. Für Kinder mit einem depressiven Eltern liegt das Risiko bei rund 12 % (S. 76 – 77). Dieses doch recht hohe Erkrankungsrisiko legt den Schluss nahe, dass genetische Faktoren eine zentrale Rolle spielen (Lenz, 2005, S. 13). Die Tatsache, dass eine psychische Erkrankung unter Umständen vererbt werden könnte, belastet die Erkrankten selber, besonders belastend ist die Situation auch für die Kinder. Sie haben Angst, im Laufe ihres Lebens „selber verrückt zu werden“, wie es Möller et al. (2011) ausführen (S. 35).

Bringt man den salutogenetischen Aspekt wieder ins Spiel, kann festgehalten werden, dass trotz genetischer Disposition bei einer elterlichen Schizophrenie 90% (bzw. 60% bei Erkrankung beider Elternteile) der Kinder im Laufe ihres Lebens nicht von der gleichen Krankheit wie ihr Elternteil betroffen sein werden. Sie schaffen es, trotz widriger Umstände gesund zu bleiben. Diese Aussage wird jedoch relativiert, da diese Kinder während ihres Kinder- und Jugendalters häufig andere psychische Störungen und Auffälligkeiten entwickeln können (vgl. 4.1, Abb. 2). Lisofsky und Mattejat (2009) sprechen von einem erhöhten psychiatrischen Krankheitsrisiko von rund 60 %, was beträchtlich ist (S. 82). Kuhn und Lenz (2011) führen dazu aus, dass genetische Faktoren teilweise darauf Einfluss haben, wenn Kinder psychisch kranker Eltern selbst eine Störung entwickeln, dass die Gene jedoch nur begrenzt Einfluss auf eine Erkrankung des Kindes haben und eine Determinierung genetischer Faktoren nicht gegeben ist. Es wird also nicht die Krankheit als solche vererbt, sondern vielmehr die Verletzlichkeit für diese (S. 269).

4.1.2 Vulnerabilität

Vulnerabilität bedeutet Verletzlichkeit. Günter Clauss (1995) beschreibt diese Verwundbarkeit als reduzierte Widerstandsfähigkeit gegenüber Belastungen der Person-Umwelt-Beziehungen. Sie ist biologisch und psychologisch zu begreifen, kann ererbt, angeboren oder erworben sein und bedeutet ein Risiko für die lebenslange Persönlichkeitsentwicklung (S. 513). Kitty Cassée, Barbara Loschneider und Han Spanjaard (2008) beschreiben Vulnerabilität als eine „besondere Empfindlichkeit gegenüber spezifischen Stressoren bzw. Risikofaktoren“ (S. 32). Die Ursache für diese Empfindlichkeit kann einerseits in biologisch-genetischer Veranlagung liegen, wie beispielsweise einem schwierigen Temperament oder einer Behinderung, andererseits auch in länger anhaltenden oder stark wirkenden psychosozialen Belastungsfaktoren, wie zum Beispiel zu wenig Fürsorge (ib., S. 32). Nach Scheithauser et al. (2000) wird zwischen primären und sekundären Vulnerabilitätsfaktoren unterschieden. Primäre Vulnerabilitätsfaktoren sind Faktoren, welche das Kind bereits ab Geburt hat. Diese können z.B. genetisch bedingt sein, können aber auch durch Geburtskomplikationen oder durch Frühgeburt entstehen. Die sekundäre Vulnerabilität entwickelt sich erst im Laufe des Lebens bzw. der Entwicklung des Kindes. So kann sich beispielsweise ein negatives Bindungsverhalten nachteilig auf die Verletzlichkeit eines Kindes auswirken. Die Vulnerabilität ist jedoch nichts Statisches. Primäre Vulnerabilität verliert mit zunehmendem Alter an Bedeutung, sekundäre Vulnerabilität, also die psychosozialen Risikofaktoren, erlangen im Laufe des Lebens an Gewicht (zit. in Corina Wustmann, 2004, S. 37). Kuhn und Lenz (2011) beziehen sich auf verschiedene in den letzten Jahren veröffentlichte Studien, die das Zusammenspiel von genetischen und psychosozialen Faktoren aufzeigen. Die genetische Ausstattung ist mitbestimmend, ob sich belastende Lebensereignisse krank machend auswirken oder nicht. „Sie moderieren somit die Umwelteffekte“ (S. 269), wie Kuhn und Lenz ausführen. Dies zeigt, dass Umwelteinflüsse für Menschen mit einer entsprechenden genetischen Vulnerabilität besonders bedeutend sind – im belastenden wie im schützenden Sinne (ib., S. 269). In einem nächsten Schritt werden diese Umwelteinflüsse bzw. psychosozialen Belastungsfaktoren näher beleuchtet.

4.1.3 Psychosoziale Belastungsfaktoren

Wie Tienari und Wynne (2004) ausführen, zeigen Studien mit Kindern psychisch kranker Eltern, die nach der Geburt adoptiert wurden, dass ungünstige Umwelteinflüsse und familiäre Belastungen in der Adoptivfamilie grossen Einfluss darauf haben, ob diese Kinder im Laufe ihres Lebens eine psychische Erkrankung entwickeln. Daraus kann abgeleitet werden, dass genetische und psychosoziale Faktoren zusammenhängen (zit. in ib., S. 269).

Unterschied direkter und indirekter Belastungsfaktoren

Lisofsky und Matthejat (2009) unterteilen die psychosozialen Belastungsfaktoren in solche mit direkter und solche mit indirekter Auswirkung: Die psychische Erkrankung eines Elternteils kann sich direkt auf die seelische Gesundheit eines Kindes auswirken. Dies kann sich beispielsweise in unzureichender Betreuung, eingeschränkter Erziehungskompetenz der Eltern oder Trennung des Kindes von seinen Eltern niederschlagen. Von indirekter Auswirkung sprechen die Autoren, wenn in Familien zusätzliche Faktoren auftreten, die eine psychische Störung bei Kindern begünstigen. Dies ist darauf zurückzuführen, dass sich psychosoziale Faktoren gegenseitig beeinflussen. Psychische Erkrankungen lösen beispielsweise Ehekonflikte aus, und Ehekonflikte begünstigen psychische Erkrankungen (S. 85 – 86).

Direkte Belastungsfaktoren

Gemäss Schmutz (2010) sind psychisch beeinträchtigte Eltern, je nach Krankheitsphase, in ihrer Erziehungsfähigkeit stark eingeschränkt. Dies kann sich darin zeigen, dass sie nicht in der Lage sind, die Bedürfnisse der Kinder wahrzunehmen und auf diese einzugehen (S. 21). So haben mangelnde Erziehungskompetenz und fehlende Alltagsstrukturen wiederum Einfluss auf die Bedürfnisse der Kinder. Dabei ist gemäss Kuhn und Lenz (2011) Schweregrad und Dauer der elterlichen Erkrankung ein wichtiger Faktor für die Beeinträchtigung beim Kind (S. 270). Dazu halten Noecker und Petermann (2008) fest, dass Befund, Schweregrad, Chronizität, Komorbidität aber auch das Ausmass, wie stark Kinder in das Wahnsystem der Eltern einbezogen werden, massgebend sind (zit. in Franz Petermann & Martin H. Schmidt, 2009, S. 49). Zudem ist das Alter des Kindes zentral. Je jünger und abhängiger ein Kind ist, umso negativer können sich lange dauernde Belastungen auf seine Entwicklung auswirken. Während der Kindheit sind Risiken für psychosoziale Belastungsfaktoren vor allem in der Familie zu suchen, da Kinder zu diesem Zeitpunkt nur über begrenzte „Bewältigungs- und Schutzmöglichkeiten“ verfügt. Die psychosozialen Belastungsfaktoren im familiären Umfeld werden später durch den schulischen Bereich, den Peer-Bereich und die jugendliche Subkultur ersetzt bzw. ergänzt (Wustmann, 2004, S. 37). Besonders in den ersten sieben Lebensjahren ist es für das Kind eine enorme Belastung, für längere Zeit von seinen Eltern getrennt zu werden (Lisofsky & Matthejat, 2009, S. 85).

Als ebenfalls zentraler Belastungsfaktor zeigt sich, wie in Kapitel 3.2.1 bereits angeschnitten, wenn das Familiensystem durcheinander gerät und die Generationengrenzen verwischen. Wenn die Eltern die Verantwortung gegenüber ihren Kindern nicht mehr übernehmen können, wenn sie alltägliche Aufgaben nicht mehr verrichten und die Elternrolle nicht mehr klar gegeben ist, kommt es zur Rollenkehr, zur Parentifizierung, wie Kuhn und Lenz (2011) ausführen. Eine solche Rollenkehr zeigt sich in den meisten Familien mit psychisch krankem Elternteil. Das Kind übernimmt dabei einen beträchtlichen Teil der Verantwortung für das Wohlergehen seiner Eltern (S. 271).

Wenn das Kind dauerhaft und alleine die Verantwortung für die Fürsorgefunktion eines Elternteils tragen muss, kann dies zu Stress führen und sich pathogen auf die Entwicklung des Kindes auswirken (Möller et al., 2011, S. 35). Janna M. Ohntrup, Eva Pollak, Angela Plass und Silke Wiegand-Grefe (2011) sprechen dabei von „destruktiver“ Parentifizierung. Dies bedeutet eine übermässige Abgabe von Fürsorge und Verantwortung sowohl in der Menge der zu bewältigenden Aufgaben als auch in Bezug auf die emotionale Belastung (S. 377). Als Risikofaktor nicht zu unterschätzen ist die Stigmatisierung psychisch kranker Menschen, wie sie in Kapitel 3.1.3 angeschnitten wurde. Stigmatisierung wiederum führt in Familien mit psychisch beeinträchtigtem Elternteil häufig zur Tabuisierung. Diese gilt gegen innen wie gegen aussen. Die Kinder werden einerseits nicht über die Krankheit aufgeklärt, andererseits wird ihnen ein implizites oder explizites Rede- und Kommunikationsverbot gegen aussen auferlegt. Dies führt dazu, dass die Familie mit niemandem über die Krankheit spricht, diese zu verstecken versucht, ihre Nöte nicht offen legt und somit keine tragenden Beziehungen zur Verfügung hat und sich dadurch isoliert, was einen bedeutenden Risikofaktor darstellt (Jungbauer & Lenz, 2008, S. 144 - 145).

Indirekte Belastungsfaktoren

Durch eine psychische Erkrankung sind die Familien unter Umständen mit weiteren indirekten Belastungen konfrontiert, wie sie in Kapitel 3.1.3 bei belasteten Familien bereits beschrieben wurden: Tiefer sozioökonomischer Status und Armut, Arbeitslosigkeit, unzureichende Wohnverhältnisse, Paarkonflikte bis hin zu Trennung, Aufwachsen des Kindes bei einem Elternteil und keine Möglichkeit, auf den anderen Elternteil zurückzugreifen. Wie Lisofsky und Mattejat (2009) ausführen, sind Kinder, welche in Familien mit psychisch beeinträchtigtem Elternteil aufwachsen, auch dem erhöhten Risiko von Misshandlung oder sexuellem Missbrauch ausgesetzt (S. 84). Kuhn und Lenz (2011) führen aus, dass sich das Zusammenwirken mehrerer Belastungsfaktoren auf Kinder psychisch beeinträchtigter Eltern besonders nachteilig auf deren Entwicklung auswirken, da sich die negativen Faktoren gegenseitig beeinflussen und verstärken (S. 272).

4.2 Schutzfaktoren

Die Forschung zeigt, dass das Vorkommen einzelner Risikofaktoren, wie sie vorgängig aufgenommen wurden und in vielen Familien anzutreffen sind, nicht zwingend einen krankmachenden Einfluss auf das Kind haben müssen. Dies führt zur Annahme, dass es Schutzfaktoren gibt, welche im Kind und seinem Umfeld liegen, die die pathogenen Faktoren beeinflussen und damit das Risiko, eine psychische Störung zu entwickeln, reduzieren können. Um dieses „Phänomen“ zu erklären, wird in den Begriff der Resilienz eingeführt, bevor der Bogen zu den Ressourcen geschlagen wird.

4.2.1 Resilienz

Wie Wustmann (2004) ausführt, leitet sich Resilienz vom englischen Wort „resilience“ ab, was so viel bedeutet wie Widerstandsfähigkeit, Spannkraft, Elastizität. Es bezeichnet die Fähigkeit eines Individuums oder eines Systems, erfolgreich mit belastenden Lebensumständen umzugehen. Unter Resilienz wird eine psychische Widerstandsfähigkeit einer Person, eines Systems gegenüber biologischen, psychologischen und psychosozialen Entwicklungsrisiken verstanden. Es bedeutet ein gutes Gedeihen trotz widriger Umstände (S. 18). Resilienz ist also eigentlich der Gegenpol zu der in Kapitel 4.1.2 beschriebenen Vulnerabilität, die sich auf die Veranlagung des Kindes unter belastenden Einflüssen eine Verhaltensstörung zu entwickeln, bezieht (Wustmann, 2004, S. 22). Nach Lenz (2010) wird ein Resilienzfaktor nur dann wirksam, wenn eine Bedrohung vorliegt. Dies bedeutet, dass bei einem erhöhten Risiko und fehlender Resilienz der pathogene Faktor wirksam wird, während bei einem gleichen Risiko und vorhandenen Schutzfaktoren die entwicklungshemmenden Einflüsse des Risikos abgewehrt oder im besten Falle ganz beseitigt werden können (S. 8).

Familiäre Resilienz

Wird Resilienz wiederum aus systemischer Sicht betrachtet, spricht Walsh (1996, 2003) von familiärer Resilienz. Das Modell der familiären Resilienz will die Funktion der Familie in ihrem sozialen Kontext begreifen, um ihre Problembewältigung zu stärken. Bei der familiären Resilienz werden daher nicht ausschliesslich die potenziellen Schutzfaktoren für die Resilienz einzelner Familienmitglieder betrachtet, es wird die Familie vielmehr ganzheitlich als „Funktionseinheit“ gesehen, und es wird auf die Wechselwirkung von Risiko und Resilienz in dieser Funktionseinheit geachtet. Bei diesem Ansatz wird davon ausgegangen, dass sich Belastungssituationen auf die ganze Familie auswirken und das Funktionieren eines Familiensystems zum Einsturz bringen können. Dabei breitet sich die Belastung auf alle Familienmitglieder aus.

Durch familiäre Resilienz wird das Familiensystem stark gemacht, damit es die Belastung abwehren und die Krise überwinden kann. Wird eine Krise gemeinsam gemeistert, kann die Familie unter Umständen sogar gestärkt daraus hervorgehen (zit. in Lenz, 2010, S. 9 – 10). In Anlehnung an Walsh (2003) können solche Faktoren, welche Familien stärken, als Schlüsselprozesse familiärer Resilienz zusammengefasst werden:

1. Überzeugungen der Familie	<ul style="list-style-type: none"> - In widrigen Lebensumständen einen Sinn finden - Optimistische Einstellung - Transzendenz und Spiritualität (z.B. übergeordnete Werte, Sinn und Zweck, religiöser Glaube, heilende Rituale, Unterstützung durch Kirchengemeinde)
2. Strukturelle und organisatorische Muster	<ul style="list-style-type: none"> - Flexibilität in den familiären Strukturen (z.B. Offenheit für Veränderungen: ko-elterliche Beziehung, gleichberechtigte Partnerschaft) - Verbundenheit (z.B. gegenseitige Unterstützung, Zusammenarbeit und Verbindlichkeit, Respekt vor Bedürfnissen, Unterschieden und Grenzen des Einzelnen) - Soziale Ressourcen (verwandtschaftliche, soziale und umfeldbezogene Netzwerke)
3. Kommunikation und Problemlösung	<ul style="list-style-type: none"> - Klarheit schaffen (z.B. eindeutige, in sich stimmige Botschaften, Suche nach Wahrheit, Wahrheiten aussprechen) - Gefühle zum Ausdruck bringen - Gemeinsam Probleme lösen (z.B. kreative Ideen und Gedanken entwickeln, gemeinsame Entscheidungsfindung und Konfliktlösung, Aushandeln, Fairness und Reziprozität)

Abb. 3: Bereiche familiärer Funktionsweisen
(nach Walsh, 2003, zit. in Lenz, 2010, S. 9)

Im Fall von Familie Keller könnte dies beispielsweise bedeuten, dass Frau Keller überzeugt ist, dass sie ihre Krankheit eines Tages überwinden kann und dass auch ihre kranken Phasen zu meistern sind oder die Überzeugung hat, dass es ihr noch immer besser gehe als vielen anderen Menschen. Dies kommuniziert sie auch gegenüber ihren Kinder. Die Kinder spüren, wie ihre Mutter Zuversicht und Hoffnung schöpft. Sie erzählt ihnen aber auch, dass sie es traurig findet, dass die Kinder so viel für sie tun müssen, wenn sie krank ist und sie versucht, auf die Bedürfnisse ihrer Kinder einzugehen und sie Kind gerecht aufwachsen zu lassen. Sie spricht überhaupt offen über die Krankheit und sucht in gesunden Phasen gemeinsam mit ihren Kindern nach Lösungen, wie die kranken Phasen gut bewältigt werden können. Gleichzeitig lässt sie Hilfe zu und erzählt beispielsweise auch ihrer Nachbarin, dass sie sich nicht immer ganz gut fühlt. Sie bekommt dadurch Hilfe von aussen.

4.2.2 Ressourcen

Dem Ansatz der Resilienz liegt die Überzeugung zu Grunde, dass Ressourcen eine wichtige Quelle sind, damit der Mensch Herausforderungen und Belastungen annehmen und selbstverantwortlich und selbstbestimmt handeln kann. Gemäss Masten und Powell (2003) sind Ressourcen „Potenziale oder Stärken“, die dem Kind im Moment zur Verfügung stehen und die dieses in seiner Entwicklung unterstützen. Je besser die Balance zwischen Anforderungen und Möglichkeiten gegeben ist und je erfolgreicher gestellte Aufgaben vollbracht werden können, um so besser können sich Potenziale und Stärken entfalten. Jedes Kind verfügt über unterschiedliche Ressourcen, um die Anforderungen, die ihm für die Entwicklung gestellt werden, bewältigen zu können (zit. in Kuhn und Lenz, 2011, S. 276). Franz Petermann und Martin H. Schmidt (2006) schlagen vor, die Ressourcen als „aktuell verfügbare Potenziale zu bezeichnen, die die Entwicklung unterstützten.“ Sie unterteilen dabei in „Individualressourcen“ und „Umfeldressourcen“ (S. 119 – 120).

Individualressourcen

Als Merkmale von Individualressourcen gelten gemäss Petermann und Schmidt beispielsweise gute körperliche Verfassung, ein positives Temperament oder emotionale Stabilität (ib., S. 120). Den Geschlechtern bemessen die Autoren dabei besondere Bedeutung zu. In der Kindheit gelten Mädchen als körperlich robuster und weisen vielfach ein höheres Mass an Sozialkompetenz und auch an kognitiven Möglichkeiten auf. Gemäss den Autoren wird die Widerstandsfähigkeit gegenüber Verhaltens- und Entwicklungsbeeinträchtigungen durch die schnellere soziale und biologische Reife von Mädchen begünstigt. Im Jugendalter kehrt sich diese Begebenheit um (vgl. 4.1, Abb. 2). Ravens-Sieberer et al. (2007) bezeichnen die Individualressourcen als Personalressourcen, welchen sie „ein positives Selbstkonzept, hohe Selbstwirksamkeitserwartungen, Problemlösefähigkeiten, Stressbewältigungsfähigkeiten, soziale Kompetenz und Anpassungsfähigkeit“ zuschreiben (zit. in Lenz, 2010, S. 11).

Bilke und Kühnel (2004) ergänzen mit einem „Temperament, das positive Aufmerksamkeit seitens des Umfeldes hervorruft, zumindest durchschnittliche Intelligenz, Kommunikationsfähigkeit, Leistungsorientierung, Fähigkeit zur Verantwortungsübernahme, ein überwiegend positives Selbstwertgefühl“ (zit. in Möller et al., 2011, S. 39).

Umfeldressourcen

Dies sind Ressourcen, denen das Kind ausgesetzt ist, die es selber jedoch nicht beeinflussen kann. Gemäss Petermann und Schmidt (2006) sind dies beispielsweise ein angemessener sozioökonomischer Status der Familie oder die Meinung der Familie, dass Bildung ein wichtiger Faktor darstellt, aber auch eine überdurchschnittlich gute Schule, in der das Kind aufgehoben ist (S. 119).

Ravens-Sieber et al. (2007) bemessen der Familie auch da eine besondere Bedeutung bei. Sind Familienzusammenhalt und Klima gut, verringert sich die Gefahr für das Kind, eine psychische Störung zu entwickeln stark (zit. in Lenz, 2010, S. 11). Dabei hat gemäss Möller et al. (2011) der gesunde Elternteil grosse Bedeutung. Sofern dieser vorhanden ist und seine Rolle wahrnimmt, gilt er als die für das Kind entscheidend wichtige Bindungsperson und somit als zentrale Ressource. Es kommt ihm in erster Linie die Aufgabe zu, ausgleichend auf das, bedingt durch die psychische Erkrankung des anderen Elternteils, häufig dysfunktionale Interaktions- und Beziehungsmuster zu wirken (Möller et al., 2011, S. 35 – 36).

Die als Belastungsfaktor erwähnte Parentifizierung (vgl. 3.2.1 und 4.1.3) muss sich gemäss Hagen und Romer (2007) nicht zwingend negativ auf die Entwicklung des Kindes auswirken. Es wird zwischen destruktiver und adaptiver Parentifizierung unterschieden. Während die destruktive Parentifizierung pathogene Wirkung auf die Entwicklung des Kindes haben kann (vgl. 4.1.3), kann sich die adaptive Parentifizierung als Ressource zeigen (Ohntrup et al., 2011, S. 377). Wichtig ist für das Kind, dass die Übernahme der Verantwortung altersgerecht ist, seine Freizeitaktivitäten und sein Alltag durch die Erkrankung eines Elternteils nicht beeinträchtigt sind und dass es nicht die Hauptverantwortung für die zu leistende Fürsorge trägt, dass diese vielmehr bei einer gesunden, verlässlichen, erwachsenen Person liegt. Sind diese Punkte gegeben, kann sich die Aktivität des Kindes in der Fürsorge um den erkrankten Elternteil, entgegen dem hilflosen Zusehen, positiv auf das Kind auswirken (Möller et al., 2011, S. 34 - 35). Wie Frank und Graf (2001) beschreiben, werden dabei die kindlichen Bedürfnisse durch die Eltern ernst genommen, das Kind wird in der Erledigung seiner Aufgaben unterstützt und seine Hilfeleistungen zum Wohle der Familie werden anerkannt (zit. in Ohntrup et al., 2011, S. 377).

Lisofsky und Mattejat (2009) erachten zudem die Information der Kinder über die Erkrankung des Elternteils als wichtige Ressource. Kinder müssen wissen, dass ihre Eltern krank sind, und sie müssen auch verstehen, dass sie nicht daran schuld sind (S. 86). Gemäss Jungbauer und Lenz (2008) werden durch Vermittlung von Informationen und Psychoedukation die Selbstbefähigung und Selbstbemächtigung der Kinder positiv beeinflusst (S. 19). Lenz (2005) führt dazu aus, dass Information und Aufklärung der Kinder über die elterliche Erkrankung ein zentraler Punkt zur Krankheitsbewältigung für die Kinder darstellt. Wenn die Information altersgerecht und an die kognitive Entwicklung des Kindes angepasst ist, trägt sie dazu bei, dass beim Kind Angst, Verwirrung und Unsicherheit reduziert werden können (S. 44). Von Jungbauer und Lenz (2008) wird dazu ergänzt, dass die Information des Kindes zeitnah mit der Klinikeinweisung des erkrankten Elternteils erfolgen sollte, da Kinder in dieser Phase stark belastet und traumatisiert sein können und ihnen häufig verlässliche Bezugspersonen fehlen (S. 20).

Nebst den Ressourcen innerhalb der Familie haben sich gemäss Ravens-Sieberer et al. (2007) Ressourcen im sozialen Umfeld der Familien mit erkranktem Elternteil als überaus wichtig gezeigt. Diese Unterstützung kann durch Grosseltern, andere Verwandte, aber auch durch Freunde erfolgen. Für ältere Kinder ist die Einbindung in ein unterstützendes Netzwerk förderlich. Dies können Peers, Vereine, aber auch religiöse Gruppierungen sein (zit. in Lenz, 2010, S. 11). Lisofsky und Mattejat (2009) ergänzen die Unterstützung durch Verwandte, Freunde und Netzwerke ganz allgemein mit einer gefestigten Beziehung zu einem gesunden Erwachsenen. Zudem wird eine zeitlich angepasste und der Situation angemessene Hilfe zur Verbesserung der Situation als wichtig erachtet (S. 86).

4.3 Fazit

Die Gefahr, selber psychisch zu erkranken, ist für Kinder mit einem psychisch beeinträchtigten Elternteil gegenüber Kindern mit gesunden Eltern erhöht. Erbfaktoren und Umweltfaktoren spielen bei der Entstehung einer psychischen Erkrankung eine zentrale Rolle. Es ist jedoch falsch anzunehmen, dass sich genetische Einflüsse immer durchsetzen. Umwelteinflüsse sind gerade bei Menschen mit grosser erblicher Verletzlichkeit von besonderer Bedeutung, sie gewichten negativ wie positiv stark. Es ist daher zentral, bei diesen Personen die negativen Umwelteinflüsse zu reduzieren und die positiven zu stärken. Vulnerabilität ist beweglich, sie kann sich im Laufe des Lebens verändern und kann sich auch in Resilienz wandeln. Die Annahme, dass die Heritabilität massgebend für die Entwicklung einer psychischen Erkrankung ist, lässt sich also nicht bestätigen. Es gibt keine zwingende Vererbung, sondern beträchtliche Unterschiede je nach Person und Situation. Dabei hat sich auch gezeigt, dass die familiären Einflüsse beträchtlich sind. Im nächsten Kapitel wird daher aufgezeigt, was ein Kind braucht, um sich gesund entwickeln zu können.

5 Bedürfnisse und Entwicklung des Kindes – Aufgaben der Eltern

5.1 Bedürfnisse, Bindung und Entwicklung des Kindes

Nachstehend wird anhand der kindlichen Grundbedürfnisse und der Bindung aufgezeigt, was ein Kind für eine optimale Entwicklung braucht. Anhand einer tabellarischen Übersicht werden die verschiedenen Entwicklungsaufgaben nach Alter des Kindes dargestellt.

5.1.1 Kindliche Bedürfnisse

Nach Klaus Grawe (2004) sind Bedürfnisse psychosoziale Antriebe, die das Handeln der Menschen leiten und die Bedürfnisbefriedigung zum Ziel haben. Bleiben diese unbefriedigt, kommt es zur Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit (S. 185). Für eine positive Persönlichkeitsentwicklung wird die Erfüllung der kindlichen Bedürfnisse als Voraussetzung gesehen, sie bildet die Basis für Wachstum und Entfaltung von emotionalen, sozialen und intellektuellen Fähigkeiten (Annegret Werner, 2007, Kapitel 13, S. 1). So dienen die kindlichen Bedürfnisse, die auch Grundbedürfnisse genannt werden, in diversen Arbeiten als Leitplanke zur Festlegung des Kindswohls (Kinderschutz Schweiz, 2002; Beate Galm, Katja Hess & Heinz Kindler, 2010; Kitty Cassée & Han Spanjaard, 2009).

Die Ausgestaltung der Bedürfnisse wird durch gesellschaftliche und kulturelle Vorstellungen begründet, die unterschiedliche Menschenbilder und insbesondere unterschiedliche Bilder von Kindern hervorrufen (Werner, 2007, Kapitel 13, S.1). Demzufolge gibt es viele verschiedene Zuordnungen, wobei die Autorinnen in dieser Arbeit auf diejenige von André Jacob und Karl Wahlen (2006) näher eingehen. Die Psychologen und Erziehungsberater Jacob und Wahlen unterscheiden fünf kindliche Bedürfnisse, die sie in zwei Ebenen, welche sie „Ordnung“ nennen, einteilen und die einander gegenseitig begünstigen:

Erste Ordnung - sichert die Existenz des Kindes

- Kindliches Bedürfnis nach Sicherheit
- Kindliche vitale Bedürfnisse
- Kindliche Bedürfnisse nach Exploration

Zweite Ordnung - baut auf der ersten Ordnung auf

- Bedürfnis nach Kommunikation
- Bedürfnisse nach Erleichterung und Genuss

(Jacob & Wahlen, 2006, S. 27 - 28)

Im einzelnen verstehen Jacob und Wahlen (2006) darunter:

Das **kindliche Bedürfnis nach Sicherheit** bezieht sich auf die menschliche Veranlagung, Bindungen eingehen zu wollen und wird durch ein inneres Bestreben gesteuert, das mit Bindungssystem bezeichnet wird. Das Bedürfnis nach Sicherheit wird bei Unsicherheit und Angst mit dem Ziel, Sicherheit zu erlangen, verstärkt. Fühlt sich das Kind hingegen wohl und sicher, wird der Wunsch nach Erkundung aktiviert (S. 27 - 28).

Das **kindliche vitale Bedürfnis** beinhaltet die Regulation des vegetativen Nervensystems, der Atmung und Verdauung, aber auch das Bedürfnis nach Bewegung und Koordination, gefolgt von Einpendeln von Schlaf-Wachrhythmus und der Regulation von kognitiven Fähigkeiten, Aufmerksamkeit zu erlangen oder sich von einer Reizüberflutung zu schützen. Diese Schritte erfolgen aufbauend in der festgehaltenen Reihenfolge (ib., S. 27 - 28).

Das **kindliche Bedürfnis nach Exploration** aktiviert das Bestreben zu erkunden. Werden die angeborenen Bedürfnisse nach Sicherheit und Interaktion zu anderen Menschen gut abgedeckt, wird im Kind der Drang nach Wissen freigesetzt, dem Bedürfnis nach Exploration (ib., S. 26). Das kindliche Empfinden von Wohlfühlen wirkt verstärkend auf das Bedürfnis nach Exploration, wie es in der nebenstehenden Grafik von Karin und Klaus Grossmann (1994) veranschaulicht wird. Fühlt sich das Kind sicher und wohl, verstärkt sich sein Wunsch nach Neuem und es vergrößert seinen Bewegungsradius. Im umgekehrten Fall, bei Verunsicherung und Angst, wird das Bedürfnis nach Exploration gedämpft, da der Drang nach Sicherheit stärker gewichtet wird (ib., S. 28 - 29).

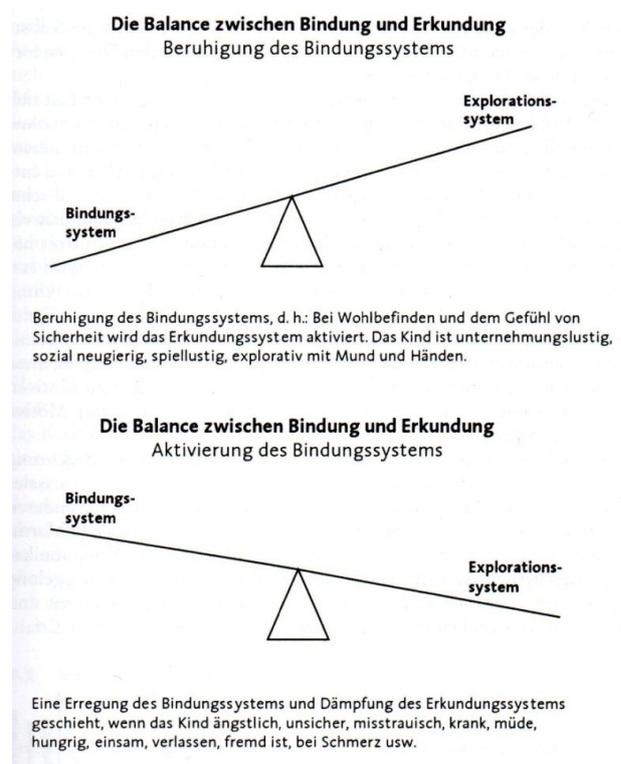


Abb. 4: Die Balance zwischen Bindung und Erkundung (Grossmann & Grossmann, 1994, zit. in Jacob & Wahlen, 2009, S. 29)

Des Weiteren benennen Jacob und Wahlen auf der zweiten Ebene die **Bedürfnisse nach Erleichterung und Genuss** und die **Bedürfnisse nach Kommunikation**. Diese werden durch die Art und Weise des Erfüllens der drei Grundbedürfnisse der ersten Ordnung stimuliert und sind auf diese aufbauend. Lustbetonte, bzw. unlustbetonte Stimulationen stellen die Vorstufe des Bedürfnisses nach Erleichterung und Genuss dar.

Das Kind hat das Bestreben, diese Spannung abzubauen, dessen Drang das **Bedürfnis nach Erleichterung und Genuss** ergibt. Dabei wirkt dieser Drang auch motivierend auf das Erkunden sowie das Anregen und Erhalten von sozialen Beziehungen.

Die Kommunikation wird durch positive Erfahrungen, über Laute und Worte das Gewünschte zu erhalten, angeregt, aus dem sich zu einem fortgeschrittenen Zeitpunkt der kindlichen Entwicklung das eigentliche **Bedürfnis nach Kommunikation** formt (Grossmann & Grossmann, 1994, S. 28 - 29). Das Erfüllen der Bedürfnisse basiert demnach auf einer motivierenden Grundlage der Selbstentwicklung (ib., S. 31).

5.1.2 Bindung

Die Bindungstheorie nach John Bowlby, welche dieser in den 60-er Jahren ausgeführt hat, ist eine der prägendsten Theorien der Entwicklungspsychologie (Heidi Keller, 2011, S. 420). Seither wird der familiären Bindung eine zentrale Rolle zugeschrieben. Bereits der Säugling stellt durch die Bindung einen emotionalen Zusammenhalt her, der sein Überleben sichert. Durch Weinen oder Anklammern signalisiert der Säugling sein Bedürfnis nach Nähe und Schutz, die er befriedigt haben will (zit. in Karl-Heinz Brisch, 2009, S. 36). Bowlby sieht in der wechselseitigen Interaktion zwischen Mutter und Säugling die grundlegenden Voraussetzungen, die zum Schaffen einer soziale Beziehung nötig sind. Dabei misst er der Mutter, bedingt durch das Band von Schwangerschaft, Geburt und Stillen eine besondere Bedeutung zu. Für Bowlby ist die Bindung ein Teil des komplexen Systems Beziehung und er sieht in den primären Bindungserfahrungen die Basis für das Sozialverhalten und die Identitätsentwicklung des Kindes. Positive Bindungserfahrung wirken schützend-stabilisierend auf den Entwicklungsverlauf des Kindes und werden im weiteren Leben auf andere Personen erweitert. Die dabei angeregten prosozialen Verhaltensweisen erhöhen die psychische Stabilität, die Bowlby als Resilienz bezeichnet, wie sie in Kapitel 4.2.1 aufgenommen wurde (ib., S 40).

Für Remo H. Largo (2010) ist das Bedürfnis nach Nähe und Geborgenheit der Kern des kindlichen Bindungsverhaltens, für das es eine vertraute Bezugsperson benötigt (S. 31). Dabei ist das Bedürfnis nach körperlicher Nähe und Zuwendung bei jedem Kind unterschiedlich ausgeprägt und wird durch den Charakter des Kindes und seine Ausdrucksfähigkeit aktiv mitgestaltet (ib., S. 15). Largo sagt, dass Kindern nur mit tragfähiger Bindung zu Eltern oder vertrauten Erwachsenen ein Sozialisations- und Bindungsprozess gelingen kann. Bindungserfahrungen werden durch die Art und Weise geprägt, wie die Eltern mit ihren Kindern umgehen. Die Qualität der Eltern-Kind-Beziehung ist für das Wohlbefinden des Kindes massgeblich verantwortlich (Largo, 2010, S. 31 - 32).

Lenz (2008) bezeichnet die erlernte Beziehungsgestaltung als bestimmend für das zukünftige Bindungsverhalten mit anderen Menschen. Werden Beziehungen positiv erlebt, werden zugleich physische wie auch psychische Bedürfnisse befriedigt und dadurch die kindliche Existenz gesichert, was wiederum die kognitive Entwicklung fördert (S. 18). Das Bindungsverhalten verändert sich mit zunehmendem Alter, das Kind wendet sein Beziehungsinteresse immer mehr Gleichaltrigen zu, bei denen die emotionale Geborgenheit gesucht wird, wie die nachfolgende Grafik dargestellt (Largo, 2010, S. 34).

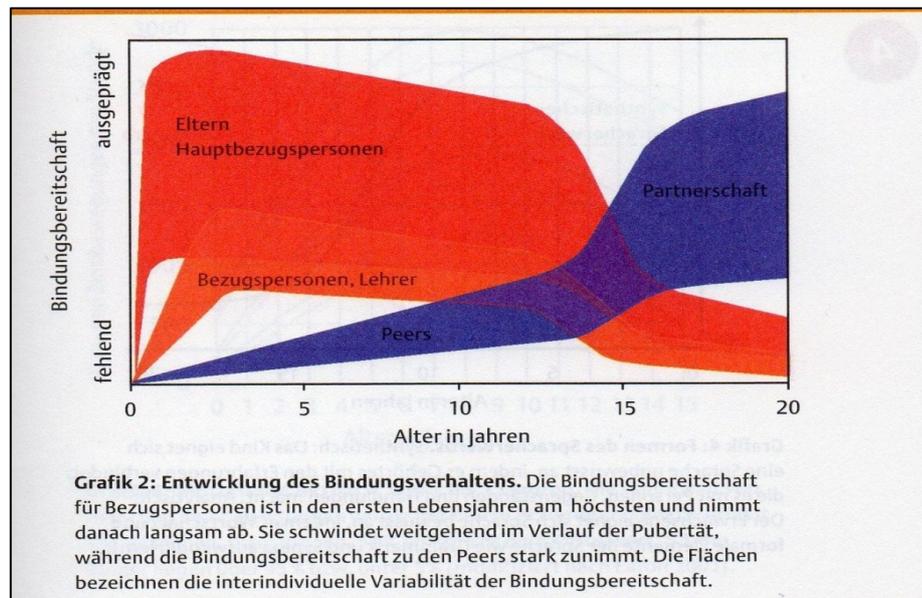


Abb. 5: Entwicklung des Bindungsverhaltens

(Remo H. Largo, 2010, S. 100)

Hat hingegen das Kind eine unzureichende Bindung erfahren, wirkt es verängstigt und unsicher, was ein stark gedämpftes Bestreben nach Erkundung zur Folge hat, wie es bereits in der Grafik der Exploration dargestellt wurde (Jacob & Wahlen, 2006, S. 30). Im Weiteren erhöht sich durch negative Bindungserfahrungen das Risiko der Vulnerabilität (vgl. 4.1.2).

Dank Bowlbys Aufzeigen der Wichtigkeit von Beziehungsqualität sind emotionale Zuwendung und soziale Anregung als grundlegende kindliche Bedürfnisse heute anerkannt. Dies führte vor allem im Bereich von emotionaler und sozialer Vernachlässigung zu einem Umdenken; beides wird seither als eine Form der Kindswohlgefährdung angesehen, wie Beate Galm, Katja Hess und Heinz Kindler (2010) in ihrer Arbeit festhalten. Fehlt die emotionale Zuwendung, wirkt sich dies gravierend auf die Entwicklung des Kindes aus, auch wenn es sonst körperlich gut versorgt ist (ib., S. 11 - 12).

Obwohl die Bindungstheorie eine der einflussreichsten entwicklungspsychologischen Theorien darstellt, gerät sie durch verschiedene Argumentationen vermehrt in die Kritik. Der Zeit der 60-er Jahre entsprechend, fixiert Bowlby die Bindung auf die Mutter-Kind-Interaktion, der durch die heutige Auflösung von Familienstrukturen kaum die gleiche Relevanz zugeschrieben werden kann. Zudem werden den kulturellen Normen und Werten nicht ausreichend Rechnung getragen, was dazu führt, dass verschiedene Lebensentwürfe und Bindungsmuster zu wenig gutgeheissen werden (Keller, 2011, S. 421). So teilt Lenz (2008) den sozialen Beziehungen auch das Bedürfnis nach Zugehörigkeit, dem Orientieren nach Werten und Normen und kulturellen Mustern zu und gibt damit erweiterten Sichtweisen Raum (S.18).

5.1.3 Kindliche Entwicklung

Für die Definition von Entwicklung besteht kein allgemein gültiger Konsens. Im fachlichen Diskurs variiert die Definition zwischen reifebedingter Veränderung, qualitativer resp. struktureller Veränderung und Sozialisation (August Flammer, 2009, S. 18 - 22). Einigkeit besteht bei den Entwicklungstheorien darüber, dass die Entwicklung ein Interaktionsprozess zwischen dem Individuum und seiner Umwelt ist (Leo Montada & Rolf Oerter, 2002, S. 39 - 41). Cassée und Spanjaard (2009), basierend auf Montada und Oerter, definieren die Entwicklungsaufgaben wie folgt: „Eine Entwicklungsaufgabe ist eine biopsychosoziale Aufgabe, die sich einem Individuum in einem bestimmten Lebensabschnitt aufgrund biologischer Faktoren, gesellschaftlicher Erwartungen und/oder individueller Wünsche und Zielsetzungen stellt“ (S. 39).

Der Entwicklungspsychologe Erik Erikson (1999) geht davon aus, dass Entwicklung ein lebenslanger Prozess ist. In jeder Lebensphase stellen sich spezifische Entwicklungsaufgaben, deren Bewältigung zur Identitätsbildung des Menschen beiträgt. Dabei beeinflusst die Art und Weise der Bewältigung die Identitätsbildung und bildet die Basis für kommende Anforderungen (zit. in Flammer, 2009, S. 100). Oerter und Montada (2002) sehen die Entwicklung als Gesamtheit aller positiven und negativen Erfahrungen, wobei weniger die Einzelwirkung einer Erfahrung als vielmehr die Verkettung vieler Interaktionen nachhaltig auf die Lebensgestaltung des Menschen wirkt. Den Risiko- und Schutzfaktoren sowie der individuellen Resilienz bzw. Vulnerabilität werden dabei entscheidende Rollen zugeteilt (S. 59 - 61).

Kinder durchlaufen zahlreiche Lern- und Reifungsprozesse, in denen sie sich körperliche, emotionale, soziale und kognitive Fähigkeiten in verschiedenen Lebensphasen aneignen. Im Folgenden werden die signifikanten kindlichen Entwicklungsaufgaben (ohne Berücksichtigung der motorischen und sprachlichen Fähigkeiten) tabellarisch dargestellt.

Phase, ungefähres Alter	Spezifisch für Phase	Soziale Entwicklung	Emotionale Entwicklung	Kognitiver Bereich	Umkreis der Bezugsperson
Säuglingszeit (0-1 Jahr)	Phase der Bindung	Lächeln, Fremdeln, Zuwendung	Lernen von Urvertrauen Ausdrücken von Wut, Freude, Zufriedenheit	Funktions- und Tätigkeitsspiel	Mutter, bzw. primäre Bezugsperson
Kleinkindalter (2-4 Jahre)	Motiv der Autonomie	Befolgen einfacher Anweisungen, Äußern von Bedürfnissen	Geschlechtsrolle Affektlabilität Geschwisterrivalität	Sensomotorisches Stadium Phantasiespiel, Neugierverhalten, Rollenspiel	Eltern
Vorschulalter (4-6-Jahre)	Phase der Ausformung	Identifikation mit Eltern und Geschwistern, Prosoziales Verhalten	Gewissensentwicklung Internalisierung von Werten und Normen	Kindergartenfähigkeit, Gruppenfähigkeit	Familie
Schulalter (6-12 Jahre)	Multiple Einflüsse	Orientierung an und Austausch mit Eltern, Lehrern und Gleichaltrigen, Medien	Internale Verhaltenssteuerung (Gewissen)	Stadium der konkreten Operationen (Konzept- und Regelbildung)	Eltern, Lehrer, Gleichaltrige
Pubertät und Jugend (12-18 Jahre)	Identität, Sexualität, Autorität	Gruppen- und Paarbildung, Ablösung vom Elternhaus	Wahrnehmen sexueller Bedürfnisse, Emotionale Labilisierung	Abstraktionsfähigkeit, logisches und hypothesenprüfendes Denken	Peers, Partnerschaft

Abb. 6: Kindliche Entwicklung nach Entwicklungsphasen

Eigene Darstellung in Anlehnung an Hans-Christoph Steinhausen (2010, S. 7 - 18)

Nach Erikson unterstehen die Entwicklungsstufen einer zeitlichen Eingrenzung, um letztlich zu einem Ganzen zu führen (zit. in Flammer, 2009, S. 105). Cassée und Spanjaard (2009) sehen die verschiedenen Entwicklungsstufen dagegen variierend zwischen zeitlich eingegrenzt und flexibel: Auch wenn das Kind üblicherweise mit ca. 18 Monaten zu gehen lernt, bedeutet dies nicht, dass es sich diese Fähigkeit später nicht noch aneignen kann, falls sie nicht im gesetzten Zeitraum erfolgte. Oft ist diese aber schwieriger anzueignen, wie etwa bei einer Berufsausbildung im Erwachsenenalter.

Dagegen gibt es zeitlich abgeschlossene Entwicklungsaufgaben, wie z.B. der Schuleintritt, aber auch solche, die sich über mehrere Lebensabschnitte ziehen, wie z.B. das Aufbauen eines sozialen Netzes (S. 40).

Um die jeweiligen Entwicklungsstufen gut bewältigen zu können, sind Kinder auf ihre Eltern angewiesen. Welche Aufgaben den Eltern dabei zukommen, wird im nächsten Kapitel aufgegriffen.

5.2 Aufgaben der Eltern

Nachstehend wird dargestellt, welche Aufgaben die Eltern zum Erfüllen der kindlichen Bedürfnisse in den einzelnen Entwicklungsphasen haben und welche spezifischen Anforderungen sich je nach Entwicklungsstufe stellen.

5.2.1 Elterliche Erziehungskompetenzen und kindliche Bedürfnisse

Das Heranwachsen und Durchlaufen der einzelnen Entwicklungsphasen des Kindes erfordert von den Eltern selber Anpassung und Entwicklung. Albert Lenz, Ulla Riesberg, Birgit Rothenberg und Christiane Sprung (2010) sehen in den elterlichen Erziehungsaufgaben eine „möglichst optimale Passform zwischen den altersgemässen Bedürfnissen des Kindes und der durch die Eltern gestalteten kindlichen Umwelt“ (S. 100). Die kindlichen Grundbedürfnisse greifen somit in die elterlichen Entwicklungsaufgaben ein und zeigen auf, welche Erziehungskompetenzen vorhanden sein müssen, damit das Wohl des Kindes gewährleistet ist (Jacob & Wahlen, 2006, S. 46 - 47).

Erziehungskompetenzen sind nach Cassée und Spanjaard (2009) Fähigkeiten, die im täglichen Leben genutzt werden können, um die Entwicklungsaufgaben adäquat meistern zu können (S. 27). Entwicklungsaufgaben bezeichnen sie als „erwartbare Anforderungen und Aufgaben der Eltern“ (ib., S. 41), denen diese in einem Zeitabschnitt nachkommen müssen und die dem Wohl der Familie dienen.

Nach Ulrike und Franz Petermann (2006) bezieht sich die Erziehungskompetenz immer situativ auf ein Kind und steht unter dem Einfluss der Lebenslage, der Fähigkeiten der Eltern sowie deren bewussten und unbewussten Handlungen. Die elterliche Erziehungsfähigkeit wird nach ihrer Funktionalität beurteilt. Fruchten die elterlichen Anstrengungen und es resultiert daraus eine positive körperliche, psychische, sozial-emotionale und kognitive Entwicklung des Kindes, sind die Kriterien der Funktionalität erfüllt. Als Erziehungskompetenz halten Ulrike und Franz Petermann folgende Punkte fest:

- Beziehungsfähigkeit
- Interaktions- und Kommunikationsfähigkeit
- Grenzsetzungsfähigkeit
- Förderfähigkeit
- Vorbildfähigkeit und Alltagsmanagementfähigkeit (S. 2)

Cassée äussert sich dazu prägnant: Zum Erfüllen der kindlichen Grundbedürfnisse benötigt das Kind eine Bezugsperson, die die Kriterien der 3 V, 3 A und 3 S erfüllt. Dabei stehen die 3 V für „verlässlich, verfügbar und vertraut“. Im weiteren braucht ein Kind zu seiner gelungenen Entwicklung 3 A, die für „anerkennen“, bzw. erkennen der kindlichen Bedürfnisse, „anleiten“ im Sinne von Struktur geben und „anregen“ stehen. Die 3 S symbolisieren kindliche Anreize, die „sinnlich, sinnvoll und sinnhaft“ gestaltet sein müssen, um die kindliche Entwicklung zu fördern (Expertinnengespräch, 6.7.2011).

5.2.2 Unterschiedliche elterliche Aufgaben je nach Entwicklung des Kindes

Wie im vorherigen Kapitel ausgeführt, haben Eltern in ihrem Leben unterschiedliche Entwicklungsaufgaben zu erfüllen. Die Anforderungen, die an Eltern gestellt werden, sind je nach Alter des Kindes unterschiedlich und werden von Möller et al. (2011) nachfolgend dargestellt. Sie geben dabei dem Idealbild der perfekten Eltern Spielraum, setzen jedoch klare Anhaltspunkte, wann durch problematisches elterliches Verhalten das Kindeswohl tangiert wird. Eltern sollen auch unter Belastungssituationen für ihr Kind „unverwüstliche Wesen“ sein (S. 32).

	„Hinreichend gutes“ Elternobjekt
Säuglingszeit	Immer verfügbar „on demand“, Hilfs-Ich bei affektiver und vegetativer Regulation, Halten, unverwüstlich gegenüber Schreiattecken und Beissimpulsen
Kleinkindalter	Beim Laufenlernen emotionale Auftankbasis „on demand“, nicht gekränkt durch kindliche Autonomieimpulse (Weglaufen), setzt Grenzen, hält Wut- und Trotzanfällen stand
Vorschulalter	Hilft Grössenselbst (Welteroberungsdrang) zu symbolisieren, greift Rivalität und Aggression spielerisch auf, ist durch Kampfspiele und magische Fantasien nicht lädierbar
Schulalter	Rollenmodell von Kompetenz und Lebenstüchtigkeit, Lotse durch ausserfamiliäre Umwelt, Klarheit und Verlässlichkeit von Rollen und Regeln
Pubertät und Jugend	Reibungsfreundlicher Vertreter der Erwachsenenwelt, hält Entwertungen und Provokationen aus, Klarheit von Haltungen und Positionen

Abb. 7: Robustheit des Elternobjekts als Entwicklungslinie
(Möller, Romer & Wiegand-Grefe, 2011, S. 33)

Säuglingszeit

Eltern werden ist nicht schwer, Eltern sein dagegen sehr. Wie dieses Sprichwort ausdrückt, sind Eltern mit der Geburt des Kindes mit bedeutenden Veränderungen konfrontiert, die es für sie zu bewältigen gilt. Sobald ein Kind da ist, müssen die eigenen Bedürfnisse zugunsten der Bedürfnisse des Kindes zurückgestellt werden. Der Alltag orientiert sich am Säugling, für den die Eltern, wie es Möller et al. (2011) in der Grafik aufführen, „on demand“ verlässlich zur Stelle zu sein haben. Das Wohl des Säuglings steht in ungeschützter Abhängigkeit der Eltern, welche seine Grundbedürfnisse wahrnehmen, das Kind pflegen, ihm Zuneigung, Schutz und Unterstützung bieten müssen (S. 33). Dazu benötigen Eltern die nötige Sensibilität, um die kindlichen Signale wahrnehmen, deuten und darauf eingehen zu können (Cassée, 2007, S. 295 - 297). Es ist von der Bezugsperson eine verlässliche und stabile Verfügbarkeit rund um die Uhr nötig, die dem Säugling auch Halt und Sicherheit vermittelt, wenn er sein Unbehagen in (langen) Schreiphasen ausdrückt (Möller et al., 2011, S. 32).

Kleinkindalter

Durch die Möglichkeit zu gehen beginnt sich das Kleinkind erstmals von seinen Eltern abzugrenzen. Es erkundet seine Umwelt, seine Schutzbedürftigkeit beginnt sich zu verändern. Eltern werden erstmals mit Autonomieversuchen des Kindes konfrontiert. Das Kind geht von ihnen weg, um seine Umwelt zu erkunden, um gleich wieder zurückzukommen und den Schutz der Eltern zu genießen. Eltern müssen dies aushalten und stützen, in dem sie das Kind loslassen und ihm Vertrauen schenken, ihm gleichzeitig als verlässliche Bezugsperson zur Verfügung stehen und Grenzen setzen. Ängstliches Zurückhalten des Kindes oder beleidigt sein über seine Abgrenzungsversuche wären hier fehl am Platz. Die Eltern halten den Abgrenzungsversuchen des Kindes stand und begegnen dem Kind auch in Trotzphasen gelassen (Möller et al., 2011, S. 33).

Vorschulalter

Im Vorschulalter ist es für das Kind wichtig, dass seine Eltern mit ihm spielen und seine Phantasie anregen. Das Kind muss erleben, dass Streit mit den Eltern nicht zu realer Verletzung des Elternteils führt. Wie Romer und Haagen (2007) ausführen, ist die Erkrankung eines Elternteils in dieser Zeit besonders prägend, da das Kind aufgrund „des entwicklungsgemäss vorherrschenden magischen Denkens zu ausgeprägten Schuldphantasien und – gefühlen neigt“ (zit. in Möller et al., 2011, S. 33).

Schulalter

In dieser Phase unterstützen die Eltern das Kind, sich in der sich stetig erweiterten sozialen Aussenwelt zurechtzufinden. Sie dienen dem Kind als Vorbild, das Kind orientiert sich an ihren Regeln und Rollen. Diese geben dem Kind Orientierung (Möller et al., 2011, S. 34). Die elterliche Kompetenz wird bei der Unterstützung von schulischen Aufgaben vom Kind eingefordert. Eltern erfahren durch das Erlernen von Lesen, Schreiben und Rechnen ihres Kindes seine erweiterte Selbstständigkeit, das leistungsorientierte Schulsystem konfrontiert Eltern jedoch oft mit erwartender Unterstützung, die Anpassungen in der Gestaltung des Alltags für die ganze Familie erfordern (Cassée, 2007, S. 297).

Pubertät und Jugend

Diese Phase fordert die Robustheit der Eltern im Speziellen, da es bedingt durch die Ablösung zu unterschiedlichen Auffassungen kommt. Nach Möller et al. (2011) sollen Eltern reibungsfreundliche Vertreter sein, wenn Regelungen betreffend ausgewogenem Schlaf oder Ernährung, aber auch Gefahren in Freizeitaktivitäten oder Ausloten von Grenzerfahrungen ausgehandelt werden. Eltern müssen zu ihren klaren Haltungen stehen und den Provokationen ihres Jugendlichen ruhig entgegentreten (S. 34).

Im weiteren sollen Eltern die zunehmende Ablösung und Abgrenzung ihres Kindes akzeptieren und diese nicht als Beziehungsabbruch verstehen, sondern sie bleiben ihnen weiterhin als emotionale Basis für Rückzugsmöglichkeiten und Unterstützungsressourcen erhalten (Lenz et al., 2010, S. 97).

5.3 Eingeschränkte Erziehungskompetenz

Im Folgenden wird auf entwicklungshemmendes Verhalten von Eltern im Allgemeinen eingegangen, bevor die Auswirkungen einer mangelnden Erziehungskompetenz auf die Entwicklung des Kindes im Kontext von psychisch erkrankten Eltern beleuchtet wird. Abschliessend wird die gefährdete kindliche Entwicklung thematisiert.

5.3.1 Entwicklungshemmendes Verhalten der Eltern

Ungünstige Erziehungsmethoden, wie sie auch bei unbelasteten Familien anzutreffen sind, fassen Petermann und Petermann (2006) wie folgt zusammen:

- Strenge und strafende Erziehungspraktiken (z.B. körperliche Bestrafungen)
- inkonsistentes Belohnungs- und Bestrafungsverhalten
- zu viele, unzureichend begründete und /oder widersprüchliche Anweisungen
- Uneinigkeit der Eltern in Bezug auf das konkret im Alltag erforderliche Erziehungsverhalten
- mangelnde Wärme und unzureichendes Einfühlungsvermögen der Eltern gegenüber dem Kind (S. 3)

Die Sozialarbeiterin Sigrid Tschöpe-Scheffler (2009) bezeichnet emotionale Kälte bzw. emotionale Überhitzung, Missachtung, Dirigismus und Beliebigkeit als entwicklungshemmende Punkte. Im weiteren sieht sie bei den Eltern das Fehlen von pädagogischen Kenntnissen, da sie oft selber als Einzelkinder aufgewachsen sind. Sie können ihre Kinder nicht optimal unterstützen, da sie keinen natürlichen Umgang mit Kindern erlernen konnten (S. 15).

Werden Eltern mit einer psychischen Erkrankung und ihre Erziehungsaufgaben näher beleuchtet, wird festgestellt, dass sie mit höherer Wahrscheinlichkeit auf entwicklungshemmende Verhaltensmethoden zurückgreifen.

5.3.2 Gefährdete kindliche Entwicklung im Kontext psychisch kranker Eltern

Psychisch kranke Eltern sind einer stärkeren Stressbelastung ausgesetzt als psychisch gesunde, wie Forschungsergebnisse von Maureen Groeben, Stephanie Stadelmann, Sonja Perren, Michael Kölch und Marc Schmid (2010) besagen. Diese wirkt sich auf die kindliche Entwicklung aus, und eine signifikante Wechselwirkung zwischen dem Ausmass der kindlichen Auffälligkeiten und dem Stressempfinden der Eltern wird festgestellt (S. 72). Je ausgeprägter die Krankheitssymptomatik der Eltern ist, umso mehr Stresssymptome zeigen sich beim Kind und umgekehrt (Groeben et al., 2010, S. 76). So zeigen viele betroffene Eltern Unsicherheit bei den anstehenden Erziehungsaufgaben (ib., S. 79).

Eingeschränkte Erziehungskompetenz stellt nach Matthias Franz, Ulrike und Franz Petermann (2010) ein zentrales Entwicklungsrisiko dar. Dies zeigt sich besonders bei sehr belastenden familiären Bedingungen, wie sie bei einem psychisch erkrankten Elternteil vorliegen. Das hinreichend gute Elternobjekt, das erforderlich ist, um die optimale Passform zwischen den kindlichen Bedürfnissen und seinem erforderlichen, anregungsreichen Umfeld zu erfüllen, ist nicht gewährleistet (S. 67).

Folgende Auswirkungen der psychischen Erkrankung und der daraus resultierenden Stresssituationen auf die elterlichen Entwicklungsaufgaben werden beschrieben:

Gemäss Cassée besteht eine der Hauptschwierigkeiten psychisch beeinträchtigter Eltern gegenüber ihren Kindern darin, dass sie die Bedürfnisse ihrer Kinder aufgrund der psychischen Krankheit nicht wahrnehmen können. Betroffene Kinder bekommen vielfach kaum Lob oder Anerkennung für Geleistetes. Die fehlende Rückmeldung auf ihre Handlungen kann die Kinder dazu veranlassen, dass sie das Interesse an der Umwelt und am Spiel verlieren und eine Verunsicherung und ein Rückzugsverhalten zeigen (vgl. 5.1.1, Abb. 4). Werden Autonomieversuche des Kindes ständig unterdrückt, kann dies zu einem Gefühl der Machtlosigkeit und des Nicht-Könnens führen. Dies führt zum Verlust des Selbstwertgefühls. Während der akuten Krankheitsphase fällt das Erkennen von kindlichen Bedürfnissen häufig ganz weg. (Expertinnengespräch, 6.7.2011)

Diese Aussagen werden in der Literatur belegt: Als Grund der Vernachlässigung nennen Galm, Hess und Kindler (2010) eine starke innerpsychische Kraft, die die Aufmerksamkeit vom Kind und seinen Bedürfnissen weglenkt. Auch können aufgrund von Erfahrungen eigener Vernachlässigung in der Kindheit Bedürfnisse unter Umständen nicht oder nur begrenzt erkannt werden. Dabei stellt eine psychische Erkrankung einen Entstehungsmechanismus dar, der durch die Wahrscheinlichkeit der Kumulation mit anderen Mechanismen ein hohes Risiko für kindliche Vernachlässigung aufweist. Im weiteren schaffen es gerade vorbelastete Eltern nicht, aus diesem erlernten Muster der eigenen Kindheit auszubrechen (S. 66).

Möller, Romer und Wiegand-Grefe (2011) nennen bei einer akuten psychischen Erkrankung einen Mangel an emotionaler Präsenz und fehlender Bereitschaft, auf Interaktions- und Kommunikationsversuche des Kindes einzugehen, da sie unter einem eigenen emotional verstärkten Aufmerksamkeitsbegehren stehen. Dabei sehen sie diese Auswirkungen sowohl bei körperlichen als auch psychischen Erkrankungen eines Elternteils. Im weiteren schildern Möller et al. die Gefahr der Einbindung des Kindes in Angst-, Zwangs- oder Wahnsysteme (S. 32). Gravierende Störungen zur Wirklichkeit, wie sie bei Schizophrenie anzutreffen sind, haben auch nach Galm et al. (2010) starke Auswirkung auf das Kind. Sie sehen eine kindliche Gefährdung auch indirekt durch die häufig vorkommende Vitalitätsreduktion, wie zum Beispiel bei Depressionen, wodurch die Alltagsbewältigung und Erziehungs-kompetenz vorübergehend oder dauerhaft erheblich eingeschränkt sind. Verstärkt werden diese Auswirkungen durch Überforderung im Alltag, fehlende Orientierung oder chronisch krisenhafte und brüchige Beziehungen, dessen Einflussfaktoren und kumulative Auswirkungen bereits im Kapitel 2.1.3 näher aufgeführt wurden. Einer besonderen Gefährdung sind Kinder im 1. Lebensjahr ausgesetzt, da sie uneingeschränkt auf das Erkennen der Bedürfnisse durch die Bezugsperson angewiesen sind (S. 37).

Frau Keller hat in Akutphasen ihrer Depression einen starken Vitalitätsverlust. Für ihre alltäglichen Pflichten wie Einkaufen, Kochen und Waschen kann sie kaum noch die Kraft aufbringen. Tina übernimmt dadurch Aufgaben, die ihrem Alter nicht entsprechen. Sie erledigt an Stelle der Mutter den Haushalt, kümmert sich um ihren kleinen Bruder und bietet der Mutter Trost. Ihr Bild der absolut verlässlichen Mutter gerät ins Wanken. Tina zieht sich immer mehr zurück, Tim hingegen wird aggressiver und wehrt sich gegen Hänseleien seine schmutzige Kleidung betreffend.

5.4 Fazit

Eltern tragen die Hauptverantwortung für die Entwicklung ihrer Kinder. Wegweisend für das Wohl des Kindes sind ein angemessenes Abdecken der Grundbedürfnisse und eine entwicklungsgerechte Förderung durch die Eltern. Dabei wird der Bezugsperson, die sich verlässlich und mit emotionaler Wärme um das Kind kümmert, eine entscheidende Rolle zugeschrieben. Es kann davon ausgegangen werden, dass kindliche Bindungserfahrungen Auswirkungen auf das ganze Leben haben. Gleichzeitig zeigt sich, dass es nicht ausreicht, den Blick auf die kindlichen Grundbedürfnisse und die elterlichen Erziehungs-kompetenzen zu richten, um ein umfassendes Bild der familiären Beziehungsmuster zu erhalten. Der Entwicklungsdynamik liegen verschiedene Einflüsse zugrunde, wie sie in Kapitel 2 und 3 erörtert wurden. Der unmittelbaren Lebenswelt des Kindes ist eine entwicklungsbestimmende Wirkung zuzuschreiben.

All diese Faktoren aus der Lebenswelt, dem sozialen Netz, der Beziehungsqualität, dem Alter und Temperament des Kindes, die Familienfunktionalität, aber auch Art und Intensität der Erkrankung sowie die subjektive Beeinträchtigung des erkrankten Elternteils und die Krankheitsbewältigung müssen nebst den Aspekten der Entwicklungspsychologie berücksichtigt werden. Durch das Zusammenziehen aller Fakten entsteht ein biopsychosoziales Bild. Die Soziale Arbeit einer Psychiatrischen Klinik muss dieses Wissen in ihre Handlungen einbeziehen. Im nächsten Kapitel wird auf professionelles Handeln der Sozialen Arbeit näher eingegangen.

6 Professionelles Handeln der Sozialen Arbeit

In diesem Kapitel wird das professionelle Handeln der Sozialen Arbeit thematisiert. Mit Hilfe des Luzerner Modells wird ein methodisch kontrolliertes Vorgehen vorgestellt. Im weiteren werden die Felder aufgezeigt, in denen die Soziale Arbeit tätig ist, und es wird geklärt, wie sich ihre unterschiedlichen Rollen in einer Psychiatrischen Klinik zeigen. Die Anerkennung der Kundigkeit des Gegenübers hat im Klinikalltag besondere Bedeutung, wo doch die Klientinnen und Klienten der Sozialen Arbeit als Patientinnen und Patienten bezeichnet werden. Kundigkeit und Selbstbestimmung erfährt dort eine Einschränkung, wo das Kindeswohl gefährdet ist. Daher wird in diesem Kapitel das Kindeswohl aufgenommen und der freiwillige und der zivilrechtliche Kindsschutz erklärt.

6.1 Professionelles Handeln

Soziale Arbeit als Menschenrechtsprofession wird dort aktiv, wo Exklusion geschieht und Ressourcen fehlen. Der Begriff der Profession Soziale Arbeit wird von der International Federation of Social Workers, IFSW, (2000) wie folgt definiert:

Die Profession Soziale Arbeit fördert den sozialen Wandel, Problemlösungen in menschlichen Beziehungen sowie die Ermächtigung und Befreiung von Menschen, um ihr Wohlbefinden zu heben. Unter Nutzung von Theorien menschlichen Verhaltens und sozialer Systeme vermittelt Soziale Arbeit am Punkt, wo Menschen und ihre sozialen Umfelder aufeinander einwirken. Dabei sind die Prinzipien der Menschenrechte und sozialer Gerechtigkeit für die Soziale Arbeit fundamental. (ib., 2000)

Der Berufskodex von AvenirSocial (2010) übernimmt diese Definition sinngemäss (S. 8). Sozialarbeiterische Interventionen basieren demnach auf Theorien menschlichen Verhaltens und auf Theorien sozialer Systeme. Wissenschaftsbasierende Aspekte werden zum professionellen Handeln zugezogen und verknüpft (Brühwiler, Kunz & Solèr, 2011, S. 13). Die Definition des professionellen Handelns der Sozialen Arbeit besagt im Weiteren, dass Sozialarbeitende die Menschen in ihrer Komplexität von Interaktionen mit ihrer Umwelt wahrnehmen und unter Aspekten der Menschenrechte und sozialer Gerechtigkeit betrachten.

Nach Silvia Staub-Bernasconi (1986) kann dieser Komplexität nicht mit einer einzigen Theorie begegnet werden. Staub-Bernasconi definiert fünf Wissensbereiche: Das Gegenstands- bzw. Beschreibungswissen, das Erklärungswissen, das Wert- und Kriterienwissen und das Verfahrens- und Evaluationswissen (zit. in Cornelia Rügger, 2011, S.11). Diese entsprechen dem normativen Handlungsmodell von Werner Obrecht (2001, S. 70 - 71). Nach ihm ist professionelles Handeln das Ergebnis verschiedener aufeinander folgender bewusst gesteuerter Schritte. Sie führen zu zielgerichtetem Handeln. In deren Verlauf werden Fragen geklärt, die zur Entwicklung des Handlungsplans führen, die allgemein unter den W-Fragen bekannt sind (ib., S. 71). Das Luzerner normative Handlungsmodell beruht unter anderem auf den Kenntnissen von Staub-Bernasconi und Obrecht und hat die W-Fragen von Obrecht integriert.

6.2 Das Luzerner Modell

Sozialarbeitende in der Psychiatrischen Klinik sind in ihrem beruflichen Alltag mit komplexen Handlungssituationen konfrontiert. Gemäss Obrecht (2006) verlangt eine professionelle problemlösende Handlung methodisch kontrolliertes Vorgehen, in dessen Verlauf nach und nach alle Fragen geklärt werden, die zur Entwicklung eines Handlungsplanes führen (zit. in Brühwiler et al., 2011, S. 18). Dies ist darum so wichtig, damit nicht ohne zu planen gehandelt wird.

Das Luzerner Modell ist in vier Phasen gegliedert: In die Faktenorientierung (I), die Wert- und Problemorientierung (II), die Lösungsorientierung (III) und die Wirkungsorientierung (IV), wie die Abbildung auf der nächsten Seite zeigt:

Das Phasenmodell der allgemeinen normativen Handlungstheorie

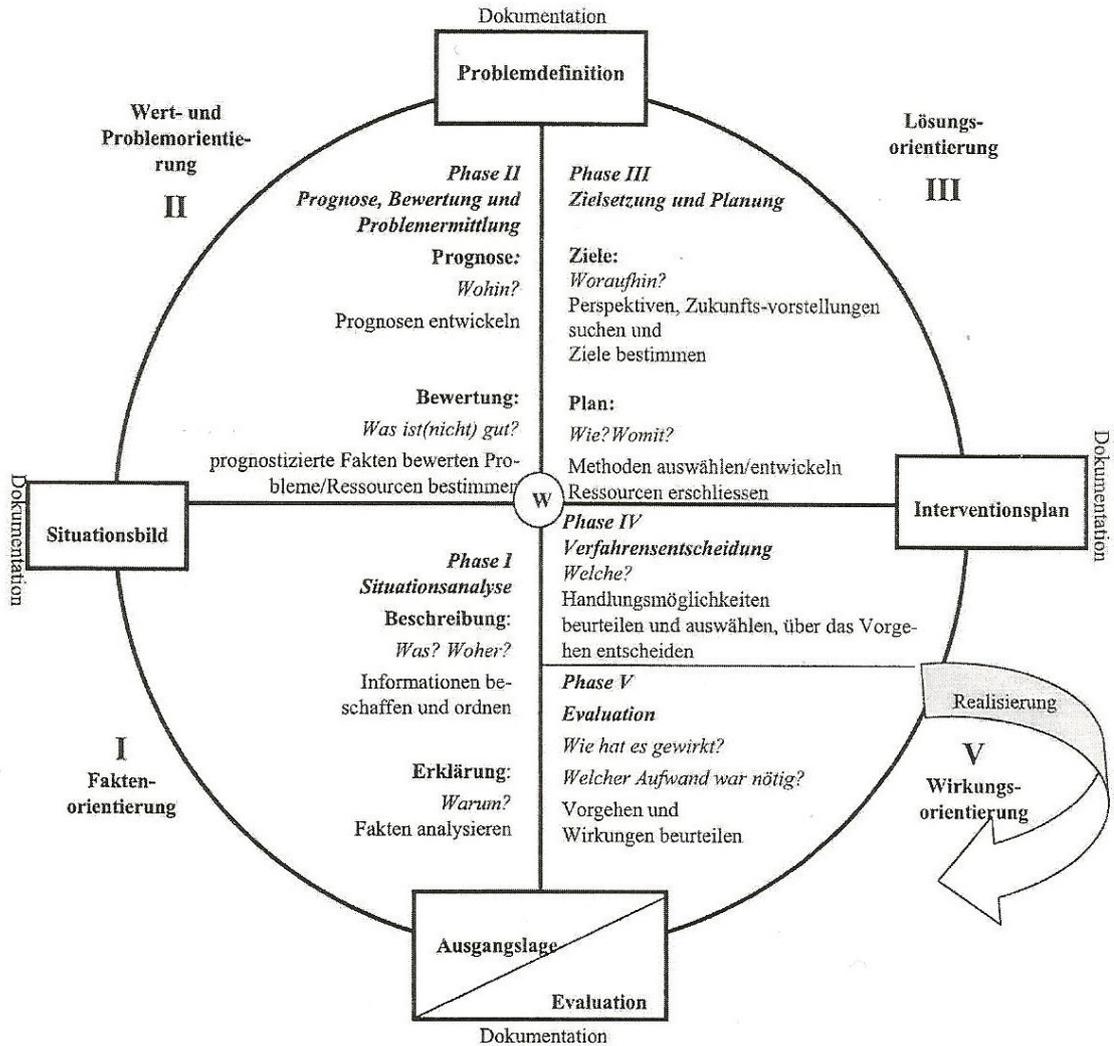


Abb. 8: Phasenmodell der allgemeinen normativen Handlungstheorie
 (Brühwiler et al., 2011, S. 21)

6.2.1 Phase I: Faktenorientierung

- Informationen beschaffen und ordnen
- Fakten analysieren

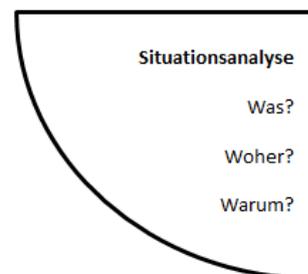


Abb. 9: Phase I des Luzerner Modell
 (ib., S. 22)

Die Faktenorientierung besteht aus zwei Schritten, dem Beschreiben (Was? Woher?) und dem Erklären (Warum?) einer Ausgangslage. In dieser Phase ist Beschreibungs- und Erklärungswissen von Bedeutung.

Beim Beschreiben werden Informationen gesammelt und geordnet, dies geschieht mit dem Ziel, die wichtigsten Merkmale einer Problemsituation zu erkennen und ein Bild möglichst nahe der Realität zu erhalten. Es wird dazu auf das Klientensystem bzw. die entsprechenden Adressaten und Adressatinnen fokussiert. Das System, dessen Umwelt und die Beziehungen untereinander stehen dabei im Mittelpunkt. Um diesen Erfassungsprozess zu erleichtern, sind Problem- und Ressourcentheorien sinnvoll (Brühwiler et al., 2011, S. 22). Dazu könnte beispielsweise das 5-Säulen-Modell von Hilarion Petzold (Leiblichkeit, Arbeit und Leistung, Soziale Beziehungen, Materielle Sicherheit, Werte) beigezogen werden (zit. in Selma Koch, 2010, S. 6) oder, wie Brühwiler et al. (2011) empfehlen, die „prozessual-systemische Denkfigur“ nach Staub-Bernasconi (Ausstattung, Austausch, Macht, Werte) verwendet werden (S. 22). Um den Erfassungsprozess zu erleichtern und zur Visualisierung sind Instrumente notwendig. Je nach Arbeitgeber sind die Methoden dazu unterschiedlich (Fragebogen Erstgespräch, Checkliste etc.). Sie dienen alle zur Erfassung der sozialen Systeme und ihrem Zusammenspiel (ib., S. 23).

Sind die Fakten erfasst, kann der zweite Schritt der ersten Phase, die Faktenanalyse, durchgeführt werden. Dabei wird nach der Erklärung, nach dem „Warum“ gefragt. Es geht darum, die Frage zu beantworten, warum es zur beschriebenen Situation gekommen sein könnte. Dabei ist der Fokus auf die Fakten gerichtet, welche für die Patientinnen und Patienten selber, für Dritte oder für die Sozialarbeitenden vorerst als problematisch angesehen werden. Je genauer die Situation beschrieben ist, desto gezielter kann nach Erklärungen in Fachliteratur und Theorien gesucht werden. Die Warum-Frage wird im individuellen Kontext gestellt, aber auch in Bezug auf das soziale System. Zusammenhänge können nur hergestellt werden, wenn der Fall korrekt dargestellt ist. In dieser Phase wird unter Einbezug der Theorie mit Hilfe von Erklärungshypothesen nach möglichen Zusammenhängen gesucht, warum es zu dieser Situation gekommen ist (ib., S. 24).

Sozialarbeitende einer Psychiatrischen Klinik im Kontext psychisch kranker Eltern minderjähriger Kinder müssen in dieser Phase die Situation des Individuums, aber auch seiner Familie erfassen. Dazu sind Kenntnisse über die Lebenslage betroffener Familien notwendig. Zentral sind auch Kenntnisse der Faktoren, welche die Familien negativ bzw. positiv beeinflussen.

Um die Situation erklären zu können, ist Wissen über den Einfluss von Risiko- und Schutzfaktoren zentral. Die Sozialarbeitenden müssen sich in den kindlichen Bedürfnissen und der Entwicklung des Kindes sowie in den Aufgaben, die Eltern zu erfüllen haben, auskennen. In dieser Arbeit nicht näher beleuchtet, aber ebenfalls zentral ist für Sozialarbeitende einer Psychiatrischen Klinik das Wissen über die einzelnen Krankheitsbilder.

6.2.2 Phase II: Wert- und Problemorientierung

- **Prognose entwickeln**
- **Prognostizierte Fakten bewerten**



Abb. 10: Phase II des Luzerner Modells
(Brühwiler et al., 2011, S. 31)

Nach Beschreibung und Erklärung der Problemsituation steht in Phase II „Werte- und Problemorientierung“ die Frage nach dem „Wohin“, also nach der Weiterentwicklung im Zentrum. Diese gibt Auskunft, wohin sich die problematische Situation entwickeln würde, wenn nichts dagegen unternommen wird. Danach wird die Frage gestellt, inwiefern für die Soziale Arbeit Handlungsbedarf besteht. Die Soziale Arbeit wird nur aktiv, wenn es gilt, soziale Probleme zu lösen oder zu Hindern. Es wird nicht gehandelt, wenn sich das soziale Problem selber auflöst. Es wäre ebenso falsch aktiv zu werden und einzugreifen, wenn sich der Klient oder die Klientin selber helfen kann. Gesellschaftliche und professionelle Kriterien müssen einbezogen werden, um eine Situation zu bewerten. Damit kann festgestellt werden, ob Werte überhaupt verletzt sind. Bei der Beurteilung des Sachverhalts ist zu bedenken, dass dabei auch persönliche Werte der Sozialarbeitenden mit einfließen, wie beispielsweise die persönliche Haltung gegenüber psychisch kranken Menschen oder die eigene Machtposition. Gemäss Brühwiler et al. (2011) dürfen persönliche Werte jedoch nicht massgebend für eine professionelle Beurteilung sein. Professionelle der Sozialen Arbeit teilen ihre Werte, es handelt sich dabei um kollektive Werte, die sich auf den Berufsethos stützen. Um eine Situation zu bewerten, müssen gesellschaftliche und professionelle Faktoren beigezogen werden, um Aufschluss darüber zu erhalten, ob Werte verletzt sind (S. 31 – 32).

6.2.3 Phase III: Lösungsorientierung

- **Perspektiven entwickeln**
- **Ziele bestimmen**
- **Methoden auswählen / Ressourcen erschliessen**

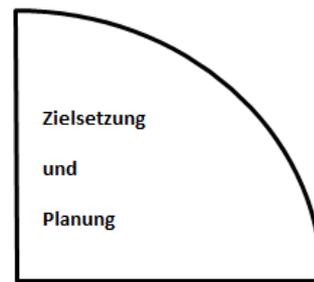


Abb. 11: Phase III des Luzerner Modells
(Brühwiler et al., 2011,, S. 31)

Nach der Phase der Situationsanalyse, der Problem- bzw. Ressourcenbeschreibung und der Identifikation des Problems, kann nun auf das „Woraufhin“, also auf die Lösungsfindung fokussiert werden. Zunächst werden mit dem Klienten oder der Klientin für ihn, sie erstrebenswerte Zukunftsbilder entwickelt. Die Absicht diese umzusetzen, macht aus einem erstrebenswerten Zustand ein Ziel. Ohne Ziel kann weder Intervention noch Handlung geplant werden. Es müssen aber auch die Ressourcen erschlossen werden, die es für die Zielerreichung braucht. Ziele werden von der Patientin, dem Patienten, der, dem Sozialarbeitenden und anderen Beteiligten (beispielsweise dem Behandlungsteam) gemeinsam ausgearbeitet (Brühlwiler et al., 2011, S. 36 – 37). Gemäss Marianne Meinhold (1996) kann Zielentwicklung mit der SMART-Formel gesteuert werden:

- **Spezifisch**
- **Messbar**
- **Anspruchsvoll**
- **Realistisch**
- **Terminorientiert (zit. in Brühwiler et al., 2011, S. 38)**

Sobald die wichtigsten Ziele ausgearbeitet sind, werden Lösungsansätze gesucht. Es geht um die Planung, um das, „wie“ die Ziele erreicht werden können. Dazu ist Interventions- bzw. Verfahrenswissen notwendig (ib., S. 41). Für die Sozialarbeitenden in einer Psychiatrischen Klinik bedeutet dies beispielsweise, dass sie nebst allgemeinem Wissen zur Ressourcenerschliessung spezifisches Wissen in Bezug auf psychisch beeinträchtigte Eltern und ihre Kinder haben müssen: Welche Entlastungsmöglichkeiten bieten sich für Familien? Wie können die Kinder spezifische Unterstützung erfahren? Wohin können sich Eltern wenden, wenn sie sich in schwierigen Situationen befinden? Welches sind die Fachstellen, wenn das Kindeswohl gefährdet ist?

6.2.4 Phase IV: Wirkungsorientierung

- **Handlungsmöglichkeiten beurteilen**
- **Über das Vorgehen entscheiden**
- **Vorgehen und Wirkung beurteilen**

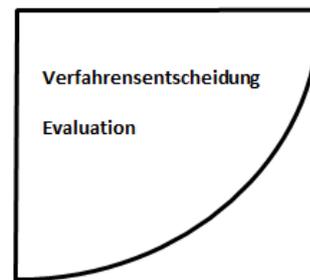


Abb. 12: Phase IV des Luzerner Modells
(Brühwiler et al., 2011, S. 48)

In dieser letzten Phase gilt es, geeignete Methoden und Vorgehensweisen gegeneinander abzuwägen und auf beabsichtigte oder unerwünschte Wirkungen zu beurteilen. Zudem werden alternative Handlungsmöglichkeiten geprüft, für den Fall, dass das gewählte Vorgehen nicht funktionieren sollte. Damit wird der Gefahr entgegengewirkt, voreilig zu handeln. Wie der Lösungsweg schliesslich aussieht, wird an den Kriterien „Erfolgswahrscheinlichkeit“, „Verträglichkeit“ und „Nutzen“ gemessen. Am Ende dieser Phase wird die Entscheidung zum Handeln getroffen und im Handlungsplan umgesetzt.

In diese Phase gehört auch die Evaluation, die Rückschlüsse auf Kontrolle des Erfolgs und Effizienz des Handelns gibt. Durch die Bilanz wird im weiteren das methodische Handeln kritisch hinterfragt, und Anpassungen für zukünftige Interventionen werden getroffen. Evaluation trägt zu Optimierungen des professionellen Berufsbildes der Sozialen Arbeit bei (Brühwiler et al., 2011, S. 48 – 50).

6.3 Funktion und Aufgaben sozialarbeiterischer Beratung

Die Rolle der Sozialarbeitenden verändert sich, je nach dem in welchem Feld der Sozialen Arbeit sie tätig sind. Esther Weber (2005) unterscheidet in der Beratung zwischen Freiwilligkeit versus Kontrolle, was an der Freiwilligkeit der Kontaktaufnahme gemessen wird. Ein weiteres Merkmal der Differenzierung der Aufträge zeigt sich in materiellen versus psychosozialen Problemen (S. 65). Wie in nachstehender Grafik dargestellt ist, lassen sich die Aufgaben sozialarbeiterischer Beratung zudem in die vier Bereiche „Information / Service“, „Veränderung / Entwicklung“, „Schutz / Kontrolle“ und „Stabilisierung / Betreuung“ unterteilen:

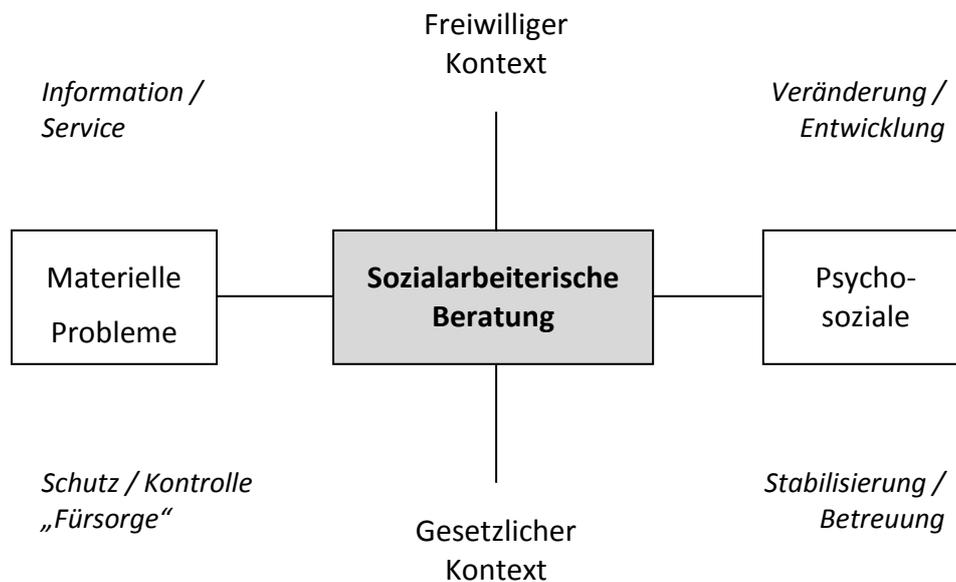


Abb. 13: Funktionen und Aufgaben von Beratung in der Sozialen Arbeit

Eigene Darstellung in Anlehnung an Ursula Fuchs (2009, S. 7)

Im beruflichen Alltag vermischen sich diese Felder. Könnte es zu Beginn den Anschein machen, dass Sozialarbeitende einer Psychiatrischen Klinik vorwiegend im Feld Information / Service tätig sind, kann bei näherem Auseinandersetzen festgestellt werden, dass sie im Klinikalltag mit praktisch allen Bereichen in Kontakt kommen:

Im Feld **Information / Service** haben die Sozialarbeitenden die Rolle der Wissensvermittelnden. Sie erschliessen mangelnde Ressourcen oder erbringen Dienstleistungen, weil sie über Informationen verfügen, die dem Klientensystem von Nutzen sind (Weber, 2005, S. 65 – 68).

Für Frau Keller könnte dies bedeuten, dass die Sozialarbeiterin, der Sozialarbeiter sie über Taggeldansprüche aus der Kollektiv-Krankentaggeldversicherung des Arbeitgebers informiert (sofern dieser eine abgeschlossen hat) und sie bei der Erschliessung unterstützt. Sie könnte beispielsweise auch Auskünfte über die Möglichkeit der Kinderbetreuung in ihrer Region, aber auch über mietrechtliche Aspekte oder Unterstützung bei einer IV-Anmeldung erhalten.

Im Feld **Veränderung / Entwicklung** haben Sozialarbeitende die Rolle der Wegbegleitenden, der Coachs. Sie unterstützen die Klientin oder den Klienten bei der Entwicklung neuer Ideen und bei der Erarbeitung von Lösungen. Die systemische Beratung ist in diesem Feld ein hilfreiches Instrument (Weber, 2005, S. 7).

Durch systemische Fragen kann Frau Keller angeregt werden, über ihren Weg nachzudenken. Sozialarbeitende wissen dabei noch nicht, wie ihr Weg aussieht. Es könnte beispielsweise sein, dass durch die anregenden Fragen eine Veränderung für die Kinder während der kranken Phase der Mutter erzielt werden könnte.

Im Feld **Schutz / Kontrolle, „Fürsorge“** bewegen sich Sozialarbeitende, wenn es darum geht, das Fehlen oder den Mangel an Fertigkeiten abzuklären, Massnahmen einzuleiten oder zu kontrollieren. Es wird darunter eine Unterstützung im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben verstanden. Die Sozialarbeitenden befinden sich dabei in einem Doppelmandat zwischen Kontrolle und verständnisvoller Unterstützung (ib., S. 7).

Nicht alle Menschen sind – wie Frau Keller - freiwillig in der Klinik. Wäre Frau Keller mit einem FFE (Fürsorgerischen Freiheitsentzug) in die Klinik eingewiesen worden, kommen Sozialarbeitende mit dem Gesetz in Kontakt. Sozialarbeitende einer Psychiatrischen Klinik haben in Zusammenhang mit Eltern minderjähriger Kinder einen Doppelauftrag. Nebst dem Auftrag zur Unterstützung der Patientinnen und Patienten ist unter Umständen ein Kontroll- bzw. Schutzauftrag gegeben, welcher mit der Sicherstellung des Kindeswohls in Zusammenhang steht. Dabei haben die Sozialarbeitenden einer Klinik kein so ausgeprägtes Doppelmandat wie beispielsweise eine Beiständin oder ein Vormund. Sozialarbeitende in der Klinik nehmen erste Abklärungen vor und geben den Auftrag gegebenenfalls an die zuständige Stelle weiter.

Im Feld **Stabilisierung / Betreuung** besteht die Rolle der Sozialarbeitenden im Begleiten und Stabilisieren des Systems. Häufig geht es dabei um die situative Entlastung in einer unabänderbaren Problemlage. Dazu sind häufig fremde Strukturen wie beispielsweise sozialpädagogische Familienbegleitung, ein geschützter Arbeitsplatz oder eine betreute Wohnform nötig (ib., S. 7).

Erholt sich Frau Keller nur sehr langsam von ihrer Krankheit und sieht es nicht danach aus, dass sie nach Klinikaustritt wieder selbständig wohnen kann, wird die Sozialarbeiterin, der Sozialarbeiter Frau Keller begleiten und sie darin unterstützen, dass sie ihre Situation annehmen kann. Vielleicht wird es nötig, dass sie sich vorübergehend in eine geschützte Wohnform begibt.

An dieser Stelle ist zu erwähnen, dass gleichgültig in welchem Feld Sozialarbeitende tätig sind, Beratung als Kernstück der Profession gilt. In vorliegender Arbeit wird vorausgesetzt, dass die Professionellen in Anlehnung an Carl Rogers (1985) mit einer Grundhaltung von „Kongruenz“, „Akzeptanz“ und „Empathie“ beraten und es wird davon ausgegangen, dass sie mit den Techniken wie dem „aktiven Zuhören“, dem „Paraphrasieren“, dem „Verbalisieren“ und dem „Stellen offener Fragen“ vertraut sind. Auch Kenntnisse in der systemischen Beratung beispielsweise nach Marie-Luise Connen und Gianfranco Cecchin (2009) sind für Sozialarbeitende bedeutend. Im Umgang mit Menschen mit einer psychischen Störung sollten Professionelle zudem die motivierende Gesprächsführung als ein hilfreiches Instrument kennen, wie sie von Hal Arkowitz, Henny A. Westra, William R. Miller und Stephan Rollnick (2010) ausgeführt wird. Es wird in vorliegender Arbeit auf das Führen und Gestalten von Beratungsgesprächen daher nicht näher eingegangen.

6.4 Kundigkeit des hospitalisierten Menschen

Sozialarbeitende in der Psychiatrischen Klinik passen sich dem medizinischen Kontext an und bezeichnen den hospitalisierten Menschen – ihre Klientin, ihren Klienten – als Patientin, Patienten. Diese Tatsache bedarf besonderer Beachtung. Eine Patientin oder ein Patient einer psychiatrischen Klinik könnte unter Umständen von vorn herein als schwächer, hilfsbedürftiger, abweichend oder krank eingestuft werden und somit einen weniger privilegierten Zugang zur Wirklichkeit zugesprochen bekommen. Als Sozialarbeitende ist in der Beratung speziell darauf zu achten, dass nicht der Anspruch erhoben wird, die Wirklichkeit des Gegenübers einzuordnen. Es gilt auch dann seine Kompetenzen zu respektieren, wenn es nicht auf den ersten Blick erkennbare Kundigkeit mitbringt (Hargens, 1993, S. 14 - 15).

Sozialarbeitende müssen sich stets vergegenwärtigen, dass sie nicht die Experten der Situation der Patientinnen und Patienten sind. Ein Leben kann auch anders gelebt werden. Es gilt, die Lebensentwürfe des Gegenübers zu respektieren (Cassée & Spanjaard, 2009, S. 24). So besagt Art. 8, Abs. 5 des Berufskodex, dass es zum Erlangen seines Wohlbefindens jedem Menschen zusteht, selber zu entscheiden und zu wählen. Dies sofern damit nicht das eigene Leben gefährdet oder die Rechte und plausiblen Interessen Dritter beschnitten werden (AvenirSocial, 2010, S. 8). Beschnitten wird diese Selbstbestimmung dann, wenn eine Gefährdung des Kindeswohls vermutet wird. Das Wohl des Kindes steht über dem Interesse der Mutter und des Vaters.

6.5 Gefährdetes Kindswohl

In der vorliegenden Arbeit wurde der Bezug zur gefährdeten kindlichen Entwicklung von Kindern psychisch beeinträchtigter Eltern hergestellt, da die Gewährleistung des Kindswohls in der kranken Phase eines Elternteils und insbesondere auch während seines Klinikaufenthaltes unter Umständen nicht gegeben ist. Dies muss näher beleuchtet werden. Sozialarbeitende in der Psychiatrischen Klinik brauchen daher Kenntnisse über das gefährdete Kindswohl und damit zusammenhängend über die verschiedenen vorgesehenen Formen des Kindsschutzes:

Eltern sind für das Wohl ihrer Kinder verantwortlich. Dabei lässt sich der Begriff des Kindswohls nicht einheitlich festlegen. Obwohl er im Schweizerischen Familienrecht des Zivilgesetzbuches [ZGB] existiert, gibt es keine abschliessende Definition. Dies lässt sich dadurch begründen, dass die Auslegung des Kindswohls sowohl von den kulturellen und gesellschaftlichen Werten wie auch von den individuellen Erfahrungen der Einzelnen abhängig ist (Galm et al., 2010, S. 33). Als rechtliche Grundlage dient das Übereinkommen über die Rechte des Kindes der UN-Kinderrechtskonvention (2010), das von der Schweiz 1997 ratifiziert wurde. In Artikel 27 wird auf das Wohl des Kindes wie folgt Bezug genommen: „Die Vertragsstaaten erkennen das Recht jedes Kindes auf einen seiner körperlichen, geistigen, seelischen, sittlichen und sozialen Entwicklung angemessenen Lebensstandard an.“ Als geltende Leitplanke dienen die kindlichen Grundbedürfnisse, die erfüllt sein müssen, um dieses zu gewähren (vgl. Kapitel 5). Ist das Wohl des Kindes nicht gewährleistet, greifen Bestimmungen des Kindsschutzes. Die Begrifflichkeit des Kindsschutzes umfasst sämtliche Massnahmen, die dem Wohl und der Entwicklung des Kindes dienen. Dies sind politische, verwaltungsbehördliche, gesetzliche, öffentliche und private Angebote von Bildung, Hilfe und Unterstützung (Christoph Häfeli, 2005, S. 217). In dieser Arbeit wird lediglich der freiwillige und der zivilrechtliche Kindsschutz behandelt, da diese beiden Formen für Sozialarbeitende in der Klinik relevant sind:

6.5.1 Freiwilliger Kindsschutz

Sind Eltern nicht in der Lage, ausreichend für die gesunde Entwicklung ihrer Kinder zu sorgen, oder fühlen sie sich in ihren Aufgaben überfordert, stehen ihnen verschiedene Unterstützungsangebote zur Verfügung. Der freiwillige Kindsschutz bietet Eltern und Kindern mit öffentlichen oder privaten Angeboten Unterstützung. Dies sind beispielsweise private oder öffentliche Jugend- und Familienberatungsstellen, kommunale und regionale Sozialdienste, Erziehungsberatungsstellen, Schulpsychologische- und Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienste sowie Mütter- und Väterberatungsstellen (ib., S. 129). Dies erfordert jedoch von den Eltern Einsicht, dass sie Unterstützung nötig haben, und das Wissen über den Zugang zu den Angeboten.

6.5.2 Zivilrechtlicher Kindsschutz

Der zivilrechtliche Kindsschutz kommt zum Zuge, wenn das Kindeswohl gefährdet ist und die Eltern nicht von sich aus für Abhilfe sorgen oder dazu nicht in der Lage sind. Die gesetzliche Regelung von Zuständigkeit sowie Rechten und Pflichten der involvierten Parteien ist im Schweizer Zivilgesetzbuch (ZGB) geregelt, wo ab Art. 296 ZGB die elterliche Sorge erörtert wird. Häfeli (2005) bezeichnet die elterliche Sorge als Bündel von Rechten und Pflichten der Eltern gegenüber ihrem minderjährigen Kind, denen sich die Eltern weder entziehen noch darauf verzichten können (Art. 296-306 ZGB). Sie entsteht durch die Wirkung des Kindsverhältnisses und ist die gesetzliche Grundlage für die Erziehung. Ist das Kindeswohl gefährdet, kann die elterliche Sorge den Eltern teilweise oder ganz entzogen werden (ib., S. 117 - 121).

Kommen Eltern ihrer elterlichen Sorge nicht nach, hat die zuständige Vormundschaftsbehörde subsidiär einzugreifen, indem sie beauftragt, eine mögliche Gefährdung des Kindes abzuklären bzw. eine geeignete Massnahme zum Schutz des Kindes zu veranlassen. Das Ziel des zivilrechtlichen Kindsschutzes ist immer das Verhindern einer Kindeswohlgefährdung. Sie greift komplementär zu den elterlichen Fähigkeiten und erst nach Ausschöpfung der Angebote des freiwilligen Kindsschutzes ein. Die Verschuldungsfrage spielt dabei keine Rolle. Massnahmen müssen nach dem Grundsatz der Verhältnismässigkeit errichtet werden und notwendig, geeignet und angemessen sein. Die zivilrechtlichen Kindsschutzmassnahmen beschneiden in abgestufter Intensität die Rechte der Eltern. Erscheinen milde Massnahmen im Vorhinein als unzureichend, können direkt stärkere verfügt werden (Häfeli, 2005, S. 131 - 132).

In vorliegender Arbeit wird darauf verzichtet, die Massnahmen gemäss Art. 307 – 311 ZGB auszuführen und näher zu beleuchten. Es wird davon ausgegangen, dass die zuständige Behörde klärt, welche Massnahme für die betroffene Familie passend ist.

6.6 Fazit

Sozialarbeitende einer Psychiatrischen Klinik sind besonders auch im Kontext mit hospitalisierten Eltern minderjähriger Kinder in ihrem beruflichen Alltag mit komplexen Handlungssituationen konfrontiert. Basierend auf den Prinzipien der Menschenrechte und der sozialen Gerechtigkeit bauen Professionelle der Sozialen Arbeit ihr Handeln auf. Ein fachlich begründetes Vorgehen ist unabdingbar, um überlegt und strukturiert agieren zu können. Der Sozialen Arbeit stehen dazu entsprechende Methoden zur Verfügung. Mit dem Luzerner Handlungsmodell wird ein geeignetes Modell zur methodisch kontrollierten Problemlösung vorgestellt. Die vier Phasen des Modells erlauben ein schrittweises Vorgehen. Der systemische Ansatz ist dabei von Bedeutung, das Individuum wird gesamtheitlich mit seinen Beziehungen und im Kontext seines Umfelds betrachtet.

Sozialarbeitende wenden verschiedene Gesprächstechniken an, welche die Beziehungsgestaltung unterstützen und beim Gegenüber Veränderungsprozesse anregen. Die Soziale Arbeit in einer Psychiatrischen Klinik ist vielfältig. Sie bewegt sich in allen Feldern zwischen freiwilligem und gesetzlichem Rahmen.

Dabei müssen sich Professionelle ihrer Rolle, ihrer persönlichen Einstellung und ihrer Machtposition bewusst sein, da es nicht auszuschliessen ist, dass sie in einen Interessenskonflikt geraten, den sie anhand des methodisch Handelns begründen und handhaben. So kann auch der sozialarbeiterische Grundhaltung, die dem Klientel die Kundigkeit in seiner Lebenssituation zuspricht, im Zusammenhang mit einer psychischen Erkrankung nicht immer Rechnung getragen werden. Die Selbstbestimmung des erkrankten Elternteils wird dann beschnitten, wenn das Kindeswohl gefährdet ist. Professionelle sind verpflichtet zu handeln, und durch das Aufzeigen von Transparenz gegenüber den Eltern kann auch bei beschnittenen Elternrechten eine Zusammenarbeit aufrecht erhalten bleiben.

7 Soziale Arbeit mit Eltern in der Psychiatrischen Klinik

Nachstehend transferieren die beiden Autorinnen das während der Erarbeitung der Bachelorarbeit erworbene Wissen in die Praxis. Es werden Empfehlungen für konkrete Handlungsansätze für die Sozialarbeitenden einer Psychiatrischen Klinik abgegeben. Bei den Empfehlungen wird zuerst der Einbezug der Eltern als Hauptakteure beleuchtet. Durch die Unterstützung der Eltern werden einerseits deren Bewältigungskompetenzen erweitert, gleichzeitig wird ihre Erziehungsfähigkeit ausgebaut, die für die Entwicklung der Kinder zentral ist. In einem weiteren Schritt werden konkrete Möglichkeiten zum Einbezug der minderjährigen Kinder aufgezeigt. Um Nachhaltigkeit zu erzielen, ist es wichtig, dass die Umsetzung in der Klinik nicht ausschliesslich in einem „down-up-Prozess“, also von der Basis des Sozialdienstes nach oben, sondern vor allem auch in einem „up-down Prozess“, also von der Klinikleitung gutgeheissen und implementiert, geschieht. Die Klinikleitung ist dafür verantwortlich, Voraussetzungen zu schaffen, damit den Professionellen an der Basis ein guter Boden für ihre tägliche Arbeit bereitet wird. Daher geben die beiden Autorinnen Empfehlungen zur Anpassung der Rahmenbedingungen in den Psychiatrischen Kliniken ab, obschon diese nur indirekt mit den Handlungsansätzen der Sozialen Arbeit zu tun haben. Anhand der Fallvignette von Frau Keller wird danach aufgezeigt, wie sich methodisch begründetes Handeln zeigt. Mit der Beantwortung der Fragestellung, dem persönlichen Fazit und dem Ausblick wird die Arbeit abgeschlossen.

7.1 Einbezug der Eltern

Eltern mit einer psychischen Beeinträchtigung sind häufig in ihrer Elternrolle eingeschränkt und verunsichert. Sie haben Scham- und Schuldgefühle. In den kranken Phasen können sie möglicherweise emotional nur bedingt auf die Eltern-Kind-Beziehung eingehen, die Bindungsqualität ist eventuell eingeschränkt und die Übernahme von Verantwortung unter Umständen nicht gegeben (vgl. Kapitel 5). Bei der Unterstützung psychisch beeinträchtigter Eltern geht es somit nicht nur darum, dass der Patient oder die Patientin den eigenen Alltag bewältigen kann, es geht um mehr: Es muss daran gearbeitet werden, dass die kranken Phasen des Elternteils für alle Familienmitglieder gut überstanden werden können. Es gilt, die Erziehungsfähigkeit zu entwickeln bzw. zu vertiefen, damit der Elternteil in der Lage ist, die kindlichen Grundbedürfnisse zu befriedigen und die Kinder bei der Bewältigung von Belastungen, bei alltäglichen Anforderungen sowie bei den anstehenden Entwicklungsaufgaben zu unterstützen (Schmutz, 2010, S. 26). In diesem Kapitel werden verschiedene Möglichkeiten aufgezeigt, wie dies erreicht werden könnte. Wie zu Beginn aufgezeigt, ist die Soziale Arbeit eine tragende Säule im Behandlungsteam (vgl. 2.3.1). Ihre Intervention geschieht in Absprache bzw. Zusammenarbeit mit den beteiligten Professionen.

7.1.1 Haben Sie Kinder?

Die Analyse einer bestehenden Situation ist Grundlage für den Problemlösungsprozess. Anhand des Luzerner Modells wurde aufgezeigt, wie wichtig die Situationsanalyse ist (vgl. 6.1.1). Sozialarbeitende in der Psychiatrischen Klinik machen sich mit Hilfe methodischer Instrumente (Checklisten, Fragebogen Erstgespräch etc.) ein Bild der Situation der Patientin oder des Patienten, aber auch des gesamten Systems, in dem die Person lebt. Was den beiden Autorinnen in ihrer bisherigen Berufspraxis sowie im Austausch mit Studienkolleginnen und -kollegen aus dem Berufsfeld Psychiatrische Klinik auffällt, ist die Tatsache, dass bei den Instrumenten zur Situationsanalyse der Frage nach der Elternschaft nur wenig Beachtung geschenkt wird. Dies bestätigen Literatur und Experten- sowie Expertinnengespräche. Es wird zwar nach Kindern und meist auch nach ihrem momentanen Aufenthaltsort gefragt, wenn von aussen keine offensichtliche Kindwohlgefährdung gemeldet wird, erhalten Elternschaft und Kinder meist keine weitere Beachtung.

Nach Auffassung der beiden Autorinnen ist in dieser Phase die Risikoabwägung bezüglich des Wohl des Kindes zentral und muss Gegenstand der Situationsanalyse sein. Lisofsky und Mattejat (2009) machen dazu die Aussage, dass mit Eintritt eines Elternteils in die Psychiatrische Klinik eine wirkungsvolle Möglichkeit besteht, das Gefährdungsrisiko von Kindern abzuschätzen und eine erste Erhebung der kindlichen Situation vorzunehmen (S. 111.) Zur Erfassung eines Gefährdungsrisikos sind ausgearbeitete methodische Instrumente notwendig (vgl. 7.4.1). Da es den Rahmen dieser Arbeit sprengen würde, ein solches Instrument auszuarbeiten und hier darzustellen, haben sich die beiden Autorinnen entschieden, als Anregung eines möglichen Erfassungsinstrumentes die „Checkliste zur Risikoeinschätzung“ nach Lisofsky und Mattejat (2009, S. 207 - 214) im Anhang anzufügen.

Bei der Situationsanalyse ist die Rollenklarheit der Sozialarbeitenden in der Psychiatrischen Klinik zentral. Eine erste Abwägung des Gefährdungsrisikos bedeutet auf keinen Fall, dass die Sozialarbeitenden Kindsschutzabklärungen durchführen. Sie sind lediglich dafür verantwortlich, ein vorhandenes Risiko abzuwägen und bei einer Gefährdungsvermutung eine Gefährdungsmeldung an die zuständigen Behörde respektive Fachstelle vorzunehmen bzw. zu veranlassen. Aus Gründen der Rollenklarheit macht es unter Umständen Sinn, wenn nicht der Sozialdienst selber, sondern die vorgesetzte Stelle (Klinikleitung) die Gefährdungsmeldung vornimmt. Wird keine unmittelbare Gefährdung festgestellt, gilt es zu prüfen, ob und in welcher Form Eltern und Kinder Unterstützung benötigen.

Zusammengefasst kann festgehalten werden, dass eine Psychiatrische Klinik zur seriösen Risikoabwägung ein standardisiertes Aufnahmeverfahren entwickeln und einführen muss, mit dem alle Mitglieder des Behandlungsteams vertraut sind. Mit Hilfe dieses Instrumentes wird das Wohl des Kindes abgeschätzt. Im Behandlungsteam wird abgesprochen, wer und zu welchem Zeitpunkt diese Risikoanamnese durchgeführt wird. Gesprächsführung gilt als sozialarbeiterische Kernkompetenz. Die beiden Autorinnen gehen davon aus, dass die Risikoabwägung daher ins Arbeitsfeld des Sozialdienstes gehören sollte.

7.1.2 Im Kontakt mit den Eltern

Auch wenn das Kindeswohl nicht unmittelbar gefährdet ist, leiden Kinder unter der Trennung von ihren Eltern. Als gewichtiger Risikofaktor zeigt sich eine längere Trennung, insbesondere von der Mutter, in den ersten sieben Lebensjahren (vgl. 4.1.3, 5.1.2). Auch ältere Kinder empfinden während der Zeit des Klinikaufenthaltes eines Elternteils das Gefühl von Leere. Fehlende oder mangelhafte Information verunsichern sie zusätzlich (vgl. 3.2.1). Die Tatsache einer Trennung von einem Elternteil ist bei Klinikeintritt gegeben, sie kann nicht beseitigt werden. Wichtig ist es jedoch, dass die Eltern von den Mitgliedern des Behandlungsteams auf ihr Elternsein angesprochen und in ihrer Rolle als Mutter bzw. als Vater anerkannt, ernstgenommen und auch gestärkt werden. Bereits vom ersten Kontakt mit der Sozialarbeiterin oder dem Sozialarbeiter an ist die Elternschaft ein Thema. Dabei ist den Eltern die Wichtigkeit von Transparenz aufzuzeigen. Eltern sollten ihrem Kind erklären, was dem erkrankten Elternteil fehlt und wo sich dieser im Moment befindet. Es ist bereits zu Beginn der Aufrechterhaltung des Kontaktes zwischen Eltern und Kind besondere Bedeutung beizumessen. Gemeinsam mit dem Elternteil hat der, die Sozialarbeitende zu schauen, welche Möglichkeit zur Kontaktaufnahme mit dem Kind besteht (persönlich, telefonisch, brieflich). Der Gesundheitszustand ist entsprechend zu berücksichtigen.

Ein „Kinder-Kontakt-Koffer“, welcher der Sozialarbeiter oder die Sozialarbeiterin zum Gespräch mitbringen sollte, ermöglicht es dem Elternteil, schriftlich sofort aktiv zu werden. Dieser Koffer müsste farbige Postkarten mit unterschiedlichen Motiven enthalten (nicht nur solche der Klinik), Buntstifte, Zeichenpapier, farbige Aufkleber, Kuverts und Wertzeichen. Je nach Finanzierungsmöglichkeit durch die Klinik könnten darin auch Bilderbücher (z.B. „Sonnige Traurigtage“ oder „Annikas andere Welt“) zur Psychoedukation für Kinder bereit liegen. Die Finanzierung müsste geklärt werden. Markus Eichkorn könnte sich eine Finanzierung über den Patientenfonds vorstellen (Expertengespräch, 31.10.2011). Dem Kind könnte abgestimmt auf die Krankheit des Elternteils und auf sein Alter ein entsprechendes Bilderbuch zugestellt bzw. abgegeben werden, welches es mit der Bezugsperson, dem gesunden Elternteil daheim anschauen kann.

7.1.3 Einbezug des gesunden Elternteils

Als besonders wichtige Ressource und somit als Schutzfaktor gilt für das Kind der gesunde Elternteil (vgl. 4.2.2). Wenn dieser vorhanden ist und seine Rolle wahrnimmt, ist er für das Kind von eminenter Bedeutung. Es wurde bereits erwähnt, dass erwachsene Angehörige häufig in die Behandlung bzw. in die Gespräche in der Psychiatrischen Klinik einbezogen werden. Bei diesen Gesprächen geht es jedoch meist um den erkrankten Elternteil und seine Genesung.

Sobald minderjährige Kinder im gemeinsamen Haushalt leben, ist es wichtig, dass bei Gesprächen zusammen mit dem gesunden Elternteil das Thema Kind eine zentrale Rolle einnimmt. Dabei wird mit den Eltern auf seine Betreuung, den Umgang mit ihm, seine Bedürfnisse nach Information und Transparenz, aber auch auf externen Hilfsbedarf der Familie bzw. auf entsprechende Angebote eingegangen. Zu diesem Zeitpunkt kann gemeinsam eine allfällige nächste Krise vorbesprochen werden.

7.1.4 Psychoedukation

Der Alltag in der Psychiatrischen Klinik ist klar festgelegt und strukturiert. Nebst den verschiedenen Therapien sollte Psychoedukation für Eltern in den festen Behandlungsplan einer Psychiatrischen Klinik integriert werden. Gemäss Lenz (2005) bedeutet Psychoedukation, die Patientinnen und Patienten sowie ihre Angehörigen durch sachgerechte Information und Aufklärung zu ermächtigen, sich aktiv an der Problembewältigung und an der Genesung zu beteiligen, in dem sie durch Transparenz „Experten für die Erkrankung“ werden (S. 140). Wenn in diesem Kapitel von Psychoedukation gesprochen wird, ist damit die Information in Gruppen für Eltern minderjähriger Kinder gemeint. Von einem gruppenspezifischen Prozess wird abgesehen. Nebst der Information über die Erkrankung und Angeboten rund um die Entlastung betroffener Familie geht es darum, dass die Eltern lernen, ihre Erkrankung zu verstehen und die Grenzen ihrer Leistungsfähigkeit anzunehmen. Es gilt, gemeinsam mit den Eltern festzustellen, wo Hilfe und Entlastung angezeigt ist, um den Elternteil in seiner Krankheitsbewältigung während den kranken Phasen zu unterstützen und die Kinder zu entlasten. Wenn es gelingt, dass die Familie die Krankheit akzeptiert und damit umzugehen lernt, sind auch Kinder besser in der Lage, mit der Erkrankung ihrer Mutter oder ihres Vaters zu leben (vgl. 4.2.1). Nebst der Informationsvermittlung dient Psychoedukation also der Entlastung der Eltern und soll zum Abbau von Scham- und Schuldgefühlen beitragen. Christine Gäumann, Leiterin Adoleszenz in der Integrierten Psychiatrie Winterthur, ist überzeugt, dass erst wenn Scham- und Schuldgefühle abgebaut sind, die Eltern einwilligen werden, dem Kind den Zugang zu Angeboten zu ermöglichen und dieses daran teilhaben zu lassen (Expertinnengespräch, 9.9.2011).

Wenn nun noch einmal der Bogen zu Antonovskys Kohärenzgefühl geschlagen wird (vgl. 2.1.2), könnte dies bedeuten, dass durch die Psychoedukation die Verstehbarkeit, die Handhabbarkeit und die Bedeutsamkeit der Erkrankung gestärkt wird und dass Psychoedukation somit zur positiven Beeinflussung des Kohärenzgefühls beiträgt. Gestützt auf das in dieser Arbeit erworbene Erklärungswissen, gehen die Autorinnen davon aus, dass die Psychoedukation folgende Modulteile beinhalten sollte:

- Elternschaft im Allgemeinen thematisieren. Was bedeutet Eltern sein, was brauchen Kinder?
- Alle Angebote der Klinik in Bezug auf Kinder und Elternschaft aufzeigen
- Wichtigkeit von Transparenz und Information gegenüber den Kindern deutlich machen. Die spezifischen Angebote der Klinik aufzeigen, die den Prozess unterstützen. Besuche der Kinder in der Klinik besprechen
- Destruktive Parentifizierung thematisieren. Verantwortung an Kinder nur im Mass übertragen. Eltern die Wichtigkeit aufzeigen, dass sie Hilfe zulassen, dies bevor Kindswohl gefährdet ist
- Hilfe für belastete Familien aufzeigen und eine Netzwerkkarte erstellen. Hilfsangebote vorstellen lassen. Z.B. Sozialpädagogische Familienbegleitung, Patenfamilien, Familienberatungsstelle
- Notfallplan für eine allfällige nächste Krise nach Klinikaustritt erstellen

Um in einer Psychiatrischen Klinik Psychoedukation für Eltern einzuführen, ist eine detaillierte Modulplanung zwingend, die den Rahmen dieser Arbeit sprengen würde. Um die Ressourcen der einzelnen Berufsgruppen zu schonen, muss im Behandlungsteam abgesprochen werden, wer welchen Modulteil übernimmt.

7.2 Einbezug der Kinder

Während die beiden Autorinnen zu Beginn dieser Bachelorarbeit überzeugt waren, dass Kinder als Hauptbetroffene einer psychischen Erkrankung eines Elternteils zwingend und primär in die Behandlung von Eltern einbezogen werden müssen, hat sich dies nach den Literatur-Recherchen und dem damit erworbenen Erklärungswissen sowie den Expertinnen- und Expertengesprächen der vergangenen Monate etwas relativiert. Die Autorinnen stellen sich heute auf den Standpunkt, dass es kaum Sinn macht, Kinder in jedem Fall direkt in die Behandlung einzubeziehen. Als Leitlinie gilt der Nutzen für das Wohl des Kindes. Zentral ist es, dass das Kind informiert und aufgeklärt ist, dass es weiss, wo sich seine Mutter, sein Vater aufhält und dass es an dieser Situation keine Schuld trägt. Wie im vorherigen Kapitel ausgeführt, geht es in erster Linie darum, die Eltern zu befähigen, dem Kind gegenüber Verantwortung zu übernehmen und unterstützend zu wirken. Wenn dies (vorübergehend) nicht möglich ist, sind die Eltern darin zu unterstützen, dass sie Hilfe für ihre Kinder zulassen können. Trotzdem gibt es Situationen, wo ein Einbezug der minderjährigen Kinder als Angehörige durch die Psychiatrische Klinik sinnvoll ist.

In diesem Kapitel wird aufgezeigt, wann ein Einbezug von Kindern Sinn macht und wie Sozialarbeitende einer Psychiatrischen Klinik das Kind in der erfolgreichen Bewältigung von Entwicklungsaufgaben unterstützen können, wenn Eltern nicht in der Lage sind, dies zu tun oder eine Unterstützung durch den Sozialdienst wünschen. Zentral dabei ist es, dass Kinder als Angehörige wahrgenommen und in ihrer Rolle als Kind ernst genommen werden.

7.2.1 Kontakt mit dem Kind

Wie in der Einleitung erwähnt gilt es nicht, Kinder um jeden Preis während der Hospitalisation des erkrankten Elternteils einzubeziehen. Cassée empfiehlt, Kinder erst ab sieben Jahren bei Gesprächen oder Angeboten der Klinik teilhaben zu lassen und mit Besuchen vor diesem Alter zurückhaltend zu sein. Um Kinder nicht weiter zu traumatisieren, sollten Besuche nur in der offenen Abteilung und bei entsprechend stabilem Gesundheitszustand des Elternteils gutgeheissen werden (Expertinnengespräch, 6.7.2011). Lenz (2005) findet einen Einbezug auch von kleinen Kindern wichtig. Er ist der Ansicht, dass Besuche nebst der positiven Auswirkung auf die Genesung der Eltern auch zur Aufrechterhaltung der Eltern-Kind-Beziehung dienen sollten (S. 46 – 47) (vgl. 3.2.3). Dies zeigt, dass es keine allgemein gültige Vorgehensweise gibt.

Kinder im Vorschulalter sind stark von ihren Eltern als Hauptbezugspersonen abhängig. Dabei spielt insbesondere die Beziehung zur Mutter eine wichtige Rolle (vgl. 5.). Durch die Beziehungsqualität mit ihr erlernt das Kind Vertrauen und Sicherheit. Erfährt es dies, stellt sich ein Gefühl von Kontrolle und gestärktem Selbstwertgefühl ein. Durch ihre Hospitalisierung wird der Kern des Ur-Vertrauens von Bindung, die durch verlässliche, verfügbare und vertraute Personen gebildet wird, stark gestört (vgl. 5.1.2). Das Kleinkind macht Verlusterfahrungen, welche Verunsicherung und Kontrollverlust zur Folge haben. Ein Besuch in der Psychiatrischen Klinik würde diese Irritation erneut auffrischen, da das Kind beim Abschied erneut von der Bezugsperson getrennt wird. Wichtig ist es, dass der fehlende Elternteil durch die betreuende Person in ihren Erzählungen und im Alltag erwähnt wird.

Ein Einbezug des Kindes muss somit von Fall zu Fall abgewogen und im Behandlungsteam abgesprochen werden. Beim Abwägen muss immer vom Kindeswohl ausgegangen werden, ein Einbezug darf nicht primär zur Stabilisierung des erkrankten Elternteils dienen. Wie bereits in Kapitel 7.1.2 ausgeführt, ist jedoch die Transparenz für das Kind zentral. Wenn Besuche nicht angezeigt sind, wird wenn immer möglich der Kontakt zwischen Elternteil und Kindern aufrecht erhalten (Briefe, Fotos, Telefon etc.). Wenn ein Kontakt möglich ist und das Kind möchte, sollte dieser stattfinden können. Dabei muss das Bewusstsein im Behandlungsteam für Kinderbesuche geschärft werden. Das Kind muss spüren, dass es in der Psychiatrischen Klinik willkommen ist und ernst genommen wird.

Wenn die Psychiatrischen Kliniken über keine kinderfreundlichen Begegnungsorte verfügen, ist dies aus Sicht der Autorinnen ein weiterer Grund, der gegen einen Klinikbesuch des Kindes im Vorschulalter spricht. Diese Meinung teilt Kitty Cassée und ergänzt die Aussage damit, dass die riesigen, teilweise alten und kargen Gebäude, die geschlossenen Abteilungen sowie die Begegnungen mit Mitpatientinnen und –patienten auf das Kind eine beängstigende Wirkung haben könnten. Zudem kann der erkrankte Elternteil durch den Einsatz von Medikamenten vorübergehend teilweise stark verändert sein. All diese Tatsachen sind nicht zu unterschätzen und können unter Umständen weiter belastend für das Kind sein (Expertinnengespräch, 6.7.2011).

Kinder im Schulalter nehmen die Erkrankung des Elternteils wahr, können sie aufgrund mangelnder Informationen jedoch häufig nicht einordnen. Sie fühlen sich schuldig an der Erkrankung und somit auch am Klinikaufenthalt des Elternteils. Vielfach gehen sie davon aus, dass es mit mehr Unterstützung und durch angepassteres Verhalten ihrerseits nicht zu Erkrankung und Hospitalisation gekommen wäre (vgl. 3.2.1, 3.2.3 und 5.2.2). Die Situation rund um den Klinikaufenthalt eines Elternteils löst bei Kindern in diesem Alter viele Fragen und Unsicherheit aus. Um zur Verstehbarkeit der Situation beizutragen und um diese einordnen zu können, macht ein Besuch in der Klinik und gegebenenfalls ein Einbezug in ein Gespräch mit einer Fachperson Sinn. Durch Information und Transparenz in Bezug auf Krankheitsbild, geplanter Behandlung und Psychiatrische Klinik im Allgemeinen sowie mit der Beantwortung von Fragen wird die Selbstbefähigung und Selbstermächtigung des Kindes positiv beeinflusst, was als gewichtige Ressource angesehen wird (vgl. 4.2.2).

Wenn möglich, sollte das Schulkind von einer vertrauten erwachsenen Person beim Besuch in der Psychiatrischen Klinik begleitet werden. Ein gemeinsamer Besuch kann der Tabuisierung entgegenwirken und den Prozess der familiären Resilienz positiv beeinflussen (vgl. 4.2.1). Durch das gemeinsame Erleben einer schwierigen Situation, wie beispielsweise dem Besuch in der Klinik, kann der familiäre Zusammenhalt gestärkt werden. Wird die Situation vom Kind verstanden, kann es mithelfen, geeignete Bewältigungsstrategien zu entwerfen, was sich positiv auf das weitere Handeln der Familie auswirkt und wiederum die familiäre Resilienz begünstigt (vgl. 2.1.2).

Ein Besuch sollte auf jeden Fall gut geplant werden. Dem Kind sind im Vorfeld Informationen zur Klinik, zum erkrankten Elternteil und auch zu möglichen Begegnungen mit Mitpatientinnen und –patienten zu geben. Dazu könnte auch ein Sichten der Internetseite hilfreich sein, da Medien in dieser Entwicklungsphase an Gewicht gewinnen und vom Schulkind eine hohe Akzeptanz haben.

Jugendlichen sollte ein Besuch in der Klinik ermöglicht werden, wenn sie dies möchten. Hier gelten die gleichen systemischen und resilienzfördernden Einflüsse wie im Schulalter. Jugendliche in der Pubertät werden der Möglichkeit eines Besuchs unter Umständen ambivalent gegenüber stehen. Dies ist Teil der entwicklungspsychologischen, altersspezifischen Abgrenzung der Jugendlichen von den Eltern. Sie suchen ihre Identität bei Peers und sehen sich mit der Krankheit unter Umständen in der eigenen Identitätsfindung negativ konfrontiert (vgl. 5.2.2). Vielleicht haben sie Angst, selber zu erkranken (vgl. 4.1.1). Ein Besuch von Jugendlichen muss ebenfalls sorgfältig geplant und begleitet werden. Die beiden Autorinnen sind überzeugt, dass Jugendliche bei entsprechender Vorbereitung und Begleitung auch mit einem schlechteren gesundheitlichen Zustand des Elternteils konfrontiert werden dürfen. Durch ihre kognitiven Fähigkeiten sind sie in der Lage, die Situation einzuordnen (vgl. 5.1.3). Optimal wäre eine Begegnung an einem familienfreundlichen Ort (vgl. 3.2.3).

7.2.2 Information der Kinder

Die altersgerechte und an die kognitive Entwicklung des Kindes angepasste Information über die Krankheit des Elternteils stellt einen wichtigen Punkt zur Krankheitsbewältigung dar (vgl. 4.2.2). Dem Kind wird Angst, Verwirrung und Unsicherheit etwas genommen (Lenz, 2005, S. 44). Dazu ergänzen Jungbauer und Lenz (2008), dass mit der Aufklärung der Empowerment-Prozesses gefördert wird. Erst wenn das Kind genügend Informationen über die Erkrankung seines Elternteils besitzt, hat es die Möglichkeit, Ideen zur eigenen Lebensgestaltung zu entwickeln. Psychoedukation gilt somit als Schutzfaktor. Um eine optimale Wirkung zu erzielen, sollte diese möglichst bald nach Klinikeintritt erfolgen und auch nicht einmalig sein. Dabei ist zu beachten, dass grundsätzlich die Eltern für die Information ihrer Kinder verantwortlich sind und sie befähigt werden sollten, diese auch geben zu können. Von Seiten der Klinik sollte jedoch ein Angebot bestehen, welches die Kinder während des gesamten Klinikaufenthaltes des Elternteils nutzen können, da sich die Fragen der Kinder im Laufe der Behandlung verändern. Dazu geeignet sind Einzel- und Familiensettings (S. 19 – 20). Dass Gruppensettings bei Kindern und Jugendlichen nicht so gefragt sind, zeigen Forschungsergebnisse von Jungbauer und Lenz (2008): Kinder und Jugendliche distanzieren sich von Gesprächsgruppen mit Gleichaltrigen. Sie empfinden es als unangenehm, sich in einer Gruppe exponieren zu müssen (S. 27). Dagegen haben sie gegenüber einem persönlichen Gespräch meist weniger Widerstände. Lenz hält dazu fest, dass Kinder Information über die Krankheit ihrer Eltern wünschen. Sie möchten einerseits wissen, wie die Krankheit verläuft, welche Heilungsmöglichkeiten es gibt, aber auch wie sie mit dem erkrankten Elternteil umgehen sollen (ib., S. 19). Es ist also angezeigt, dass den Kindern von Seiten der Klinik Psychoedukation im Einzelsetting angeboten wird.

Dabei muss auf eine altersgerechte Kommunikation und behutsames Vorgehen geachtet werden. Unter Umständen hat das Kind aufgrund der Tabuisierung in der Familie noch nie bzw. noch nie mit einer aussenstehenden Person über die Erkrankung des Elternteils gesprochen. Das Kind muss also zuerst die Enttabuisierung und Sprachlosigkeit überwinden. Lenz empfiehlt die Aufklärung mit Karten, welche es Bezugspersonen erleichtert, mit dem Kind in Kontakt zu kommen (Jungbauer & Lenz, 2008, S. 25). Im Behandlungsteam muss abgesprochen werden, wer die Psychoedukation übernimmt. Zum Kerngeschäft der Sozialen Arbeit gehören Gesprächsführung und Transparenz. Aus Sicht der Autorinnen kann die Soziale Arbeit diesen Teil durchaus übernehmen.

7.2.3 Austritt planen

Der Austritt aus der Psychiatrischen Klinik stellt den psychisch kranken Elternteil und seine Familie vor besondere Herausforderungen. Der Austritt erfolgt meist ungeplant und ohne Vorbereitungen für das Leben daheim (vgl. 3.2.4). Für Schmutz (2010) ist klar, dass eine Anerkennung der Elternschaft in der psychiatrischen Behandlung auch bedeutet, dass sich Nachsorge und Vernetzung nicht ausschliesslich auf den erkrankten Menschen, sondern auch auf seine Kinder beziehen müssen (S. 38 – 39). Wenn immer möglich, sollte vorgängig ein Familiengespräch stattfinden, bei dem nebst dem gesunden Elternteil je nach Alter auch die Kinder dabei sein dürfen. Wenn dies nicht bereits in der psychoedukativen Gruppe oder im Gespräch mit dem gesunden Elternteil erfolgt ist, muss mit dem austretenden Patienten oder der Patientin vor der Entlassung ein Notfallplan erstellt werden. Dieser sollte mindestens folgende Punkte enthalten:

- Welches sind Frühwarnzeichen meiner Krankheit?
- Wen beziehe ich ein, wenn es wieder zu einer gesundheitlich schwierigeren Phase kommen sollte?
- An wen wenden sich meine Kinder, von wem werden meine Kinder betreut, wenn es mir wieder einmal schlecht gehen sollte?
- Wer kann mir Entlastung bieten?
- Welches sind für mich hilfreiche Adressen, die ich im Notfall einbeziehen kann (Sozialpädagogische Familienbegleitung, Jugend-, Ehe- und Familienberatungsstellen, Adresse von Elternnotruf etc.)?

7.3 Rahmenbedingungen

Eine erste zentrale Rahmenbedingung, die es von der Klinikleitung umzusetzen gilt, ist das standardisierte Aufnahmeverfahren aller Eltern minderjähriger Kindern und die Abschätzung des Gefährdungsrisikos (vgl. 7.1.1). Auch die vorgängig ausgeführten Angebote tragen dazu bei, dass den psychisch kranken Eltern und ihren minderjährigen Kindern Unterstützung und Entlastung geboten wird. Wie jedoch bereits in der Einleitung dieses Kapitels thematisiert, zeigen die besten Angebote nur begrenzte Wirkung, wenn sie von der Klinikleitung nicht getragen werden und wenn der nötige Rahmen und das Bewusstsein für die Situation von psychisch kranken Eltern und ihrer Kinder fehlen. Manche mögen sich sagen: Es sind in erster Linie die erwachsenen Patientinnen und Patienten, die Klientinnen und Klienten der Psychiatrischen Klinik für Erwachsene sind. Dies wird nicht bestritten.

In der vorliegenden Arbeit wird jedoch deutlich, wie sehr die ganze Familie unter der psychischen Erkrankung eines Elternteils leidet und wie sehr der Aufenthalt in einer Psychiatrischen Klinik, nicht nur bedingt durch die Verlusterfahrung, belastend ist. Die Grundhaltung einer Psychiatrischen Klinik sollte daher familienfreundlich sein. Wie Möller et al. (2011) festhalten, sollte es Ziel jeder Psychiatrischen Klinik sein, als familienfreundliche Klinik zu gelten und eine entsprechende Willkommenskultur zu pflegen. Die Vision der Autoren geht noch weiter: Sie stellen sich vor, dass im Sinne der Wettbewerbsfähigkeit unter den Kliniken ein Qualitätslabel „Kinder als Angehörige Willkommen“ – gekoppelt an entsprechend auszuweisende fachliche Standards familien- und kindgerechter Angehörigenarbeit ausgearbeitet wird. Dabei wird der Vergleich zur Stillbewegung in den 1960er Jahren gezogen, als Krankenhäuser mit dem Gütesiegel „Stillfreundliches Krankenhaus“ geworben hatten (S. 40).

Was im Sinne der Willkommenskultur schnell umgesetzt werden könnte, ist der Internetauftritt. Gemäss Julia Griepenstroh, Dieter Heitmann und Anke Reinisch (2011) holen sich besonders Jugendliche ihre Informationen fast ausschliesslich aus dem Internet (S. 69). Für eine Psychiatrische Klinik wäre es ein Leichtes, auf ihren Websites eine Seite für angehörige Kinder aufzuschalten. Aufgrund des Informationsbedarfs der Kinder (vgl. 3.2.3) müsste diese Seite Informationen zu Krankheiten, Besuchszeiten, Aufenthaltsdauer, aber auch Infos zu Angeboten zur direkten Kontaktaufnahme beispielsweise mit der Angehörigenfachstelle, dem Kinderexperten, der Kinderexpertin oder der Kinder-Hotline enthalten. Eine Online-Beratung wäre zu prüfen, wo Kinder bzw. Jugendliche ihre Fragen und Sorgen direkt formulieren können. Auch ein Faltblatt mit den wichtigsten Informationen für Kinder, wie der Hinweis auf eben genannte Internetseite und Angebote machen Sinn.

Eine kinder- bzw. familienfreundliche Infrastruktur ist eine weitere Rahmenbedingung, die in allen Psychiatrischen Kliniken umgesetzt werden sollte. Aus eigenen Erfahrungen der Autorinnen, aber auch aus der Literatur (vgl. 3.2.3) wird von Familienangehörigen bemängelt, dass die Abteilungen einer Psychiatrischen Klinik nicht zum Besuch locken. Die Abteilungen sind häufig öde, die Raucher drängen sich eng zusammen auf dem Balkon. Familienzimmer oder wenigstens ein ansprechend gestaltetes Besuchszimmer mit Sitzgelegenheiten und Spielsachen würde diese Situation entspannen. Ein Spielplatz auf dem Klinikgelände zeigt die Kinderfreundlichkeit schon von weitem.

Eine ebenfalls zu prüfende Massnahme ist aus Sicht der Autorinnen eine zwingende Meldung an die Vormundschaftsbehörde durch die Klinikleitung, wenn eine Mutter oder ein Vater minderjähriger Kinder per Fürsorgerischer Freiheitsentzug (FFE) in die Klinik eingewiesen wird. (Dieser Gedanke ist in Anlehnung an das Gewaltschutzgesetz (GSG) im Kanton Zürich entstanden. In Fällen von häuslicher Gewalt, welche eine polizeiliche Intervention mit einer Schutzmassnahme zur Folge hat, muss im Kanton Zürich zwingend eine Meldung an die Vormundschaftsbehörde erfolgen.) Den Autorinnen ist bewusst, dass dieser Beschluss auf kantonaler Ebene umgesetzt werden müsste.

7.4 Methodisches Handeln am Fallbeispiel Frau Keller

Die Fallvignette von Frau Keller hat die Leserschaft durch die Arbeit begleitet. Nachstehend wird sie nun in Bezug zum Luzerner Handlungsmodell gesetzt, wie dieses zu Beginn des letzten Kapitels ausgeführt wurde (vgl. 6.1). Auf die kursive Schrift wird nachstehend verzichtet, da sich das gesamte Kapitel mit Frau Keller befasst.

7.4.1 Faktenorientierung

Situationsanalyse - Was?

Zur Erfassung der Situation von Frau Keller ziehen die beiden Autorinnen das Modell der Psychosozialen Diagnostik bei. Es wird nach dem Erstgespräch mit Frau Keller zur Situationserfassung beigezogen. Das Modell stellt den „Stressoren / Belastungen / Defiziten“ die „Stärken / Ressourcen“ gegenüber und unterscheidet zwischen den Stärken bzw. Stressoren in „Umgebung“ und „Person“. Die beiden Autorinnen haben das Modell zur besseren Differenzierung mit den 5 Säulen von Petzold (vgl. 6.2.1) ergänzt:

Stressoren, Belastungen, Defizite	
<p>Leiblichkeit</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vorbelastet durch eigene Erfahrungen mit psychisch beeinträchtigter Mutter <p>Soziales Netzwerk</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kaum Kontakte weder zu Herkunftsfamilie noch zu Freunden / Nachbarn (ausser zu einer Schwester) - Ex-Mann hat keinen Kontakt zu Kindern - Keine professionelle Unterstützung, kein Helfersystem - Erziehung der Kinder während kranker Phase <p>Arbeit und Leistung</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gekündigte Arbeitsstelle - Tiefe Bildung <p>Materielle Sicherheit</p> <ul style="list-style-type: none"> - Niedriger sozioökonomischer Status und Schulden - Enge Wohnverhältnisse <p>Werte und Normen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Stigmatisierung psychisch Kranker durch Gesellschaft 	<p>Leiblichkeit</p> <ul style="list-style-type: none"> - Frühes Auftreten erster Depressionen (Adoleszenz) - Phasen, in denen es ihr aufgrund der Depression sehr schlecht geht - Selbststigmatisierung - Eingeschränkte Vitalität <p>Soziales Netzwerk</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alleinerziehend - Fühlt sich einsam, Rückzug <p>Arbeit und Leistung</p> <ul style="list-style-type: none"> - Externalisierungstendenzen <p>Materielle Sicherheit</p> <ul style="list-style-type: none"> - Einkommen existenziell wichtig <p>Werte und Normen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ist aus Angst vor Stigmatisierung und Sorge-rechtsentzug fremder Hilfe gegenüber sehr skeptisch - Ist überzeugt, ihr Leben selber meistern zu müssen, um als gute Mutter zu gelten - Schämt sich für ihre psychische Erkrankung (Selbststigmatisierung) - Tabuisiert ihre Erkrankung
Umgebung	Person
<p>Leiblichkeit</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nimmt ihre Erziehungsaufgaben in den gesunden Phasen wahr <p>Soziales Netzwerk</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lebt mit ihren Kindern zusammen - Kinder unterstützen sie - Hat guten Kontakt zu Schwester Eva <p>Arbeit und Leistung</p> <ul style="list-style-type: none"> - abgeschlossene Lehre als Verkäuferin - Hat über Jahre trotz kranker Phasen meist gearbeitet <p>Materielle Sicherheit</p> <ul style="list-style-type: none"> - Einkommen und Alimente haben bisher erreicht für sie und ihre Kinder <p>Werte und Normen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Unterstützungsangebote sind vorhanden (können aktiviert werden) 	<p>Leiblichkeit</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gute körperliche Verfassung - Immer wieder länger anhaltende gesunde Phasen - gute Verbalisierungsfähigkeit <p>Soziales Netzwerk</p> <ul style="list-style-type: none"> - Möchte Kindern trotz Skepsis Unterstützung ermöglichen - Ist sich bewusst, was Kinder brauchen <p>Arbeit und Leistung</p> <ul style="list-style-type: none"> - Arbeitet gern, will arbeiten <p>Materielle Sicherheit</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hat Anspruch auf Kollektiv-Krankentaggeld bzw. Arbeitslosentaggelder <p>Werte und Normen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ist stolz, dass sie bisher ohne Hilfe ausgekommen ist. - Kinder geben ihrem Leben einen Sinn
Stärken und Ressourcen	

Abb. 14: Psychosoziale Diagnostik

Eigene Darstellung, in Anlehnung an Helmut Pauls und Regina Hüttinger (zit. in Brigitte Geissler-Piltz, 2005, S. 112).

Frau Keller ist Mutter von Tina (9) und Tim (7). Sie wohnt mit den beiden minderjährigen Kindern zusammen. Die Soziale Arbeit befasst sich mit dem Individuum und dem System, in dem es lebt. Das Wohl der Kinder ihrer Klientinnen bzw. Klienten ist für die Soziale Arbeit zentral.

Nebst einem Instrument zur Erfassung der Situation des Patienten, der Patientin ist bei Eltern minderjähriger Kinder ein weiteres Instrument angezeigt, das Sozialarbeitenden einer Psychiatrischen Klinik zur Verfügung stehen muss. Es gilt die Situation der Kinder zu erfassen und ein allfälliges Gefährdungsrisiko abzuschätzen, aber auch zu klären, wo bei der Familie ein allfälliger Unterstützungsbedarf besteht (7.1.1).

Nun gilt es zu klären, warum es zur beschriebenen Situation gekommen ist. Aufgrund der Situationsanalyse (Psychosoziale Diagnostik und Risikocheckliste) (vgl. 6.2.1) und unter Einbezug von Erklärungswissen haben die beiden Autorinnen folgende Auswahl von Hypothesen zu Frau Keller aufgestellt:

Erste Hypothesen

- Es besteht die Möglichkeit, dass die Erziehungsfähigkeit von Frau Keller während den akuten Krankheitsphasen eingeschränkt ist.
- Es ist zu vermuten, dass sich Frau Keller für ihre Krankheit schämt und Schuldgefühle hat.
- Es könnte sein, dass die Kinder selber Auffälligkeiten oder psychische Störungen entwickeln, wenn sie nicht unterstützt werden.
- Obwohl die Kinder von der Schwester von Frau Keller versorgt werden, könnte die Betreuung nicht ausreichend sein.
- Es könnte sein, dass sich Frau Keller aus Angst vor dem Sorgerechtsentzug nicht kooperativ zeigt, um für sich und die Kinder Unterstützungsangebote anzunehmen.
- Auf die Unterstützung von Herrn Keller kann nicht gezählt werden, da er häufig und lange im Ausland arbeitet.
- Die Aufrechterhaltung des Arbeitsverhältnisses könnte Frau Keller entlasten und ihre Gesundheit positiv beeinflussen.

Durch die Beschreibung der Situation und dem Zuzug von Erklärungswissen (vgl. 6.2.1) können folgende zirkuläre Hypothesen gebildet werden:

Zirkuläre Hypothesen

- Je eher Frau Keller ihre Krankheit annehmen kann, um so eher kann sie Scham- und Schuldgefühle abbauen. Je mehr Scham- und Schuldgefühle sie abbauen kann, um so eher fühlt sie sich in der Lage, sich als handelndes, wirkungsvolles Subjekt (Selbstbefähigung und Selbstermächtigung) zu erleben. Je mehr sie Selbstbefähigung und Selbstermächtigung erlebt, um so besser kann sie mit ihrer Situation und der Erkrankung umgehen. Je besser ihr Umgang mit Situation und Krankheit ist, um so mehr kann sie sich um Bewältigungsmöglichkeiten und die Bedürfnisse ihrer Kinder kümmern. Je besser sie die Bewältigungsmöglichkeiten und Bedürfnisse ihrer Kinder versteht, um so verständnisvoller kann sich Frau Keller ihren Kindern gegenüber verhalten. Je verständnisvoller sie sich ihren Kindern gegenüber verhalten kann, um so eher kann sie Hilfe zulassen. Je eher sie Hilfe zulassen kann, um so besser kann Frau Keller die kranken Phasen bewältigen. Je besser sie die kranken Phasen bewältigen kann, um so eher kann Frau Keller ihre Krankheit annehmen.
- Je eher Frau Keller nach dem Klinikaufenthalt wieder zur Arbeit gehen kann, je mehr ist sie sozial eingebunden. Je mehr sie sozial eingebunden ist, um so besser geht es ihr psychisch. Je besser es ihr psychisch geht, um so besser kann sie ihre Erziehungsaufgaben gegenüber den Kindern wahrnehmen. Je besser sie die Erziehungsaufgaben gegenüber den Kindern wahrnehmen kann, um so weniger sind die Kinder einem Risiko ausgesetzt. Je weniger die Kinder einem Risiko ausgesetzt sind, um so positiver wirkt sich dies auf Frau Keller und ihre gesundheitliche Situation aus. Je besser die gesundheitliche Situation von Frau Keller ist, um so schneller kann sie nach dem Klinikaufenthalt wieder zur Arbeit gehen.

7.4.2 Werte- und Problemorientierung

Bei Frau Keller kann aufgrund des bisherigen Verlaufs davon ausgegangen werden, dass sich die depressiven Phasen wiederholen werden und dass ihre Erziehungsfähigkeit in den kranken Phasen erneut eine Einschränkung erfahren wird. Das Risiko für die Kinder bleibt somit bestehen. Sie müssen Aufgaben übernehmen, die über das gewohnte Mass kindlicher Mithilfe hinaus gehen. Zudem leiden sie unter der Stimmung ihrer Mutter und haben keine verlässliche erwachsene Bezugsperson, mit der sie über die familiäre Situation sprechen dürfen. Durch den Verlust des Arbeitsplatzes könnte sich die Situation daheim zusätzlich verschlimmern. Es wird nun mit Hilfe des Modells von Kaspar Geiser „Problembegründung mittels Bedürfnistheorie“ gefragt, wohin sich die Situation entwickeln würde, wenn nicht gehandelt wird (vgl. 6.2.2).

Zu beurteilender Sachverhalt	Nicht befriedigtes Bedürfnis
Durch die Depression kann die Mutter in der kranken Phase ihre Erziehungsaufgaben nicht wahrnehmen	<ul style="list-style-type: none"> - nach gesunder kindlicher Entwicklung - nach robustem Elternobjekt - nach unversehrter Leiblichkeit
Verheimlichung der Krankheit, keine Hilfe von aussen akzeptieren	<ul style="list-style-type: none"> - nach Zugehörigkeit, Teilnahme und Information - nach Zuwendung und Unterstützung - nach Gerechtigkeit - nach gesunder kindlicher Entwicklung
Gekündigter Arbeitsplatz	<ul style="list-style-type: none"> - nach materieller Sicherheit - nach Zugehörigkeit und sozialem Netz - nach Tagesstruktur

Abb. 15: Problembegründung

Eigene Darstellung, in Anlehnung an Kaspar Geiser (2007, S. 285 - 286, zit. in Brühwiler et al., 2011, S. 33)

Durch das Modell wird deutlich, dass bei Frau Keller und ihren Kindern verschiedene nicht befriedigte Bedürfnisse vorliegen: Während den kranken Phasen von Frau Keller ist eine gesunde kindliche Entwicklung unter Umständen nicht sichergestellt. Durch die Verheimlichung der Krankheit ist ihr Bedürfnis nach Zugehörigkeit, Zuwendung und Unterstützung nicht befriedigt. Eine Tabuisierung wirkt sich ebenfalls negativ auf die kindliche Entwicklung aus. Es wird auch sichtbar, dass durch den gekündigten Arbeitsplatz das Bedürfnis nach Existenz von Frau Keller bedroht ist und dass mit dem Wegfall der Arbeitsstelle auch die Tagesstruktur und damit verbunden die sozialen Kontakte verloren gehen. Hiermit wird deutlich, dass von Seiten der Sozialen Arbeit Handlungsbedarf besteht.

7.4.3 Lösungsorientierung

Bisher haben zwischen einer Sozialarbeiterin der Psychiatrischen Klinik und Frau Keller verschiedene Gespräche stattgefunden. Da der Ex-Mann bedingt durch seine Berufstätigkeit im Ausland nicht in der Lage ist, verlässlicher Ansprechpartner für die Kinder zu sein, wurde auf Anregung der Sozialarbeiterin und gemeinsam mit dieser ein offenes Gespräch mit der Schwester von Frau Keller geführt. Es hat sich gezeigt, dass Frau Keller durch ihre psychische Erkrankung nicht immer in der Lage ist, das Wohl der Kinder zu gewährleisten, dass sie aber auch längere gesunde Phasen hat, während denen ihre Erziehungsfähigkeit gegeben ist.

Durch den Klinikaufenthalt, die medikamentöse Behandlung, aber auch durch Gesprächstherapien und Gespräche hat sich ihr Gesundheitszustand wieder stabilisiert. Zudem hat Frau Keller regelmäßig und mit grossem Engagement an der Psychoedukation für Eltern in der Klinik teilgenommen (vgl. 7.1.4). All diese Faktoren haben einiges in Bewegung gesetzt. Bei den Gesprächen ist deutlich geworden, dass sich Frau Keller folgende Ziele setzen will, die vom Behandlungsteam gestützt werden:

- Kontakt und Betreuung für die Kinder bei einer nächsten Krise ist sichergestellt
- Unterstützung der Familie künftig zulassen
- Sicherung Arbeitsplatz

Es gilt nun gemeinsam mit Frau Keller zu klären, womit sie entlastet werden und durch wen sie Unterstützung erfahren könnte. Noch in der Klinik wird ein Notfallplan erstellt und der Erstkontakt mit der unterstützenden Stelle geknüpft. Als für sie gewichtiges Ziel hat Frau Keller die Erhaltung des Arbeitsplatzes definiert. Sie ist überzeugt, dass es für ihre Gesundheit zentral ist, einen Arbeitsplatz zu haben. Da es ihr bei ihrem Arbeitgeber die letzten Jahre gut gefallen hat, wird versucht, die Kündigung abzuwenden. Mit Unterstützung der Sozialarbeiterin nimmt Frau Keller mit ihrem Arbeitgeber Kontakt auf und vereinbart mit ihm einen Gesprächstermin in der Klinik.

7.4.4 Wirkungsorientierung

Aufgrund der Zielsetzungen (vgl. 6.2.4) könnten gemeinsam mit Frau Keller folgende Handlungsschritte geplant werden:

- Es wird ein Gespräch gemeinsam mit der Schwester von Frau Keller sowie mit Tim und Tina geplant.
- Frau Huber von der Sozialpädagogischen Familienbegleitung (SPF) kommt in der Klinik vorbei, um ihre Dienstleistung vorzustellen.
- Gemeinsam mit der Sozialarbeiterin wird ein Gespräch mit dem Arbeitgeber geführt.

Gespräch mit Kindern und Schwester / Einbezug der Angehörigen

Vor dem Austritt von Frau Keller aus der Klinik kommen Eva, Tina und Tim gemeinsam zum Gespräch in die Klinik. Eva ist eine zentrale Ressource für die Kinder und auch für ihre Schwester stellt sie eine wichtige Stütze dar, sofern diese die Hilfe zulässt. Gemeinsam wird vereinbart, was bei einer allfälligen künftigen Verschlechterung des Gesundheitszustandes bei Frau Keller geschieht. Ein Notfallplan wird erstellt. Dieser beinhaltet wer wie interveniert, wenn es zu einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes von Frau Keller kommen sollte:

- Welches sind Frühwarnzeichen der Krankheit?
- Wer ist Ansprechperson für die Kinder?
- Wann nehmen die Kinder Kontakt mit der Ansprechperson auf?
- Wer betreut die Kinder bei einem allfällig nächsten Klinikaufenthalt?
- Wer muss sonst involviert werden? (z.B. ambulante psychiatrische Dienste, Hausarzt)

Die Ausarbeitung eines Notfallplans bedarf der vertieften Auseinandersetzung und muss Gegenstand einer zusätzlichen Arbeit sein.

Kontaktaufnahme mit Sozialpädagogischer Familienbegleitung

Der Erstkontakt mit Frau Huber von der Sozialpädagogischen Familienbegleitung wird noch in der Klinik hergestellt. Frau Keller hat vom Angebot SPFplus in der psychoedukativen Gruppe gehört. Es leuchtet ihr ein, dass diese Dienstleistung vor allem unmittelbar nach dem Klinikaustritt für sie und ihre Kinder eine Unterstützung darstellen könnte. Die SPFplus bietet Familien in schwierigen Lebenslagen Unterstützung. Sie dient zur weiteren Stärkung der Erziehungskompetenz von Frau Keller, könnte eine Krise frühzeitig erkennen und ist somit als Ressource für die ganze Familie anzusehen. Der erste Termin nach Klinikaustritt ist vereinbart.

Sicherung Arbeitsplatz

Eine geregelte Arbeit zu haben, ist für Frau Keller sehr wichtig. Diese gibt ihr das existenziell wichtige Einkommen für sie und ihre Kinder, aber auch eine Tagesstruktur und soziale Kontakte. Dies ist für die Krankheitsbewältigung unabdingbar. Der Arbeitgeber hat von Frau Kellers psychischer Beeinträchtigung bisher nichts gewusst. Für ihre Ausfälle hat sie jeweils Krankheiten ihrer Kinder verantwortlich gemacht. Bereits am Telefon äussert er sich besorgt um Frau Keller und zeigt sich grundsätzlich verhandlungsbereit. Frau Keller fühlt sich nicht in der Lage, das Gespräch mit dem Arbeitgeber alleine zu führen. Das Gespräch wird daher gemeinsam mit der Sozialarbeiterin geführt.

Evaluation

In der Psychiatrischen Klinik gestaltet sich die Evaluation als nicht ganz einfach. Die Situation innerhalb der Klinik kann zwar evaluiert und die Handlung neu angepasst werden, wenn sich die Situation verändert oder weitere Informationen dazu kommen. Es ist jedoch zu bedenken, dass eine Evaluation hinsichtlich der Zielerreichung nur begrenzt vorgenommen werden kann, da der Kontakt mit Frau Keller bei Klinikaustritt abreißen wird. Eine Evaluation bezüglich Zielerreichung könnte erst bei einem weiteren Klinikeintritt erfolgen. Vernetzung bzw. Case Management müsste in dieser Hinsicht dringend geprüft werden.

7.5 Schlussfolgerungen und Visionen

In diesem letzten Teil der Bachelorarbeit werden die Fragestellungen beantwortet. Zudem ziehen die Autorinnen ihre persönliche Schlussfolgerung und wagen einen Ausblick, welche weiteren Schritte notwendig sind, um psychisch beeinträchtigte hospitalisierte Eltern und ihre minderjährigen Kinder ernst zu nehmen, zu entlasten und zu unterstützen.

7.5.1 Zusammenfassende Beantwortung der Fragestellung

Die Autorinnen haben zu Beginn eine Hauptfrage und vier dazugehörige Unterfragen formuliert. Bevor die Hauptfrage beantwortet wird, gehen die Autorinnen auf die Unterfragen ein:

- Was sind die Auswirkungen einer psychischen Erkrankung eines Elternteils auf das betroffene Kind und das Familienleben?

Ist ein Elternteil psychisch krank, hat dies Einfluss auf die ganze Familie. Meist tritt die Erkrankung nicht als isoliertes Problem auf, die Familie steht multiplen Belastungen gegenüber. Psychosoziale Faktoren wie Arbeitslosigkeit, Armut, der Umstand alleinerziehend zu sein, fehlendes soziales Netz etc. sind häufig. Die Lage wird bei Familien mit Migrationshintergrund zusätzlich verschärft. Durch die psychische Erkrankung ist die Lebensqualität des erkrankten Menschen und seiner Familien stark eingeschränkt. Eine psychische Erkrankung kann somit als Familienkrankheit bezeichnet werden. Erschwerend für die Familien kommt die Stigmatisierung durch die Gesellschaft hinzu, welche Menschen mit einer psychischen Beeinträchtigung immer noch erfahren. Dies führt zur Tabuisierung der Krankheit gegen aussen. Den Familien fehlt dadurch vielfach ein soziales Netz, welches Unterstützung bieten könnte. Auch innerhalb der Familie wird häufig nicht offen über die Krankheit gesprochen. Die Eltern versuchen die Krankheit vor ihren Kindern zu verbergen. Die Kinder merken, dass mit ihrer Mutter, ihrem Vater etwas nicht stimmt, sie können die Situation jedoch nicht einordnen, weil ihnen verlässliche Informationen fehlen. Die Kinder fühlen sich unsicher und haben Ängste, häufig glauben sie an der Erkrankung mitschuldig zu sein. Die Verschiebung der Generationengrenze ist in Familien mit psychisch krankem Elternteil typisch. Die Kinder übernehmen in einem Ausmass Aufgaben für ihre Eltern, wie sie nicht für sie bestimmt sind. Dies kann zur Überforderung führen. Die Eltern schämen sich meist für ihre Krankheit und haben Schuldgefühle, dass sie ihren Familien gegenüber nicht gerecht werden können. Auch ihre Partnerinnen und Partner sind häufig hilflos und überlastet. Unterstützung von aussen wäre wichtig, meist werden jedoch keine Hilfsangebote in Anspruch genommen. Dies kann verschiedene Ursachen haben, wie fehlende Krankheitseinsicht, befürchtete Stigmatisierung, Angst vor dem Entzug des Sorgerechts oder mangelndes Wissen über den Zugang zu Unterstützungsangeboten.

- Wie sieht es in betroffenen Familien in der Zeit rund um den Aufenthalt eines Elternteils in einer Psychiatrischen Klinik aus?

Bis der kranke Elternteil externe Hilfe in Anspruch nimmt oder in die Psychiatrische Klinik eintritt, spitzt sich die Situation meist über längere Zeit zu und die Situation der Familie verschlechtert sich kontinuierlich. Paarkonflikte können sich in dieser Zeit häufen, die Kinder sind in die Auseinandersetzungen ihrer Eltern involviert und geraten in Loyalitätskonflikte. Auch kann sich die oben erwähnte Rollenverschiebung, die Parentifizierung, weiter verschärfen. Während sich die Krankheit vor den Kindern eher verbergen liess, lässt sich der Klinikeintritt nicht mehr verheimlichen. Er ist für die Kinder durch Verlusterfahrungen geprägt. Häufig ist der Klinikeintritt mit einer Krise verbunden, oft gehen Suiziddrohungen oder -versuche voraus, was die Kinder zusätzlich belastet. Zudem verändert sich der Familienalltag mit Klinikeintritt stark. Die Kinder fühlen sich alleine gelassen und verunsichert. Meist sehen sie sich mit einer neuen Betreuungssituation im Alltag konfrontiert. Vielfach fehlen ihnen Informationen rund um den Klinikaufenthalt und die Erkrankung ihres Elternteils. Der gesunde Elternteil fühlt sich durch die Mehrbelastung häufig überfordert und nicht in der Lage, die Erkrankung und deren Folgen mit den Kindern zu thematisieren.

Psychiatrische Kliniken sind für Kinderbesuche meist noch nicht eingerichtet, auch wird von Seiten der Klinik weder der Elternschaft noch den Kindern kaum systematische Beachtung geschenkt. Angebote für Eltern und ihre Kinder gibt es meist keine. Es geht darum, den psychisch kranken Menschen möglichst rasch gesund zu pflegen. Steht die Entlassung bevor, wird diese meist nicht gemeinsam mit der Familie vorbesprochen und geplant. Dies führt dazu, dass der Elternteil unvorbereitet zurück in die Familie kommt, was eine nächste Krise und aus Sicht der beiden Autorinnen einen Wiedereintritt in die Klinik begünstigt.

- Welche Risikofaktoren bestehen bei Kindern mit psychisch krankem Elternteil, welches sind mögliche Schutzfaktoren?

Die Forschung zeigt, dass Kinder mit psychisch krankem Elternteil Gefahr laufen, in ihrem Leben selber psychisch zu erkranken oder andere Auffälligkeiten zu entwickeln. Die Autorinnen haben die Risikofaktoren, die sich pathogen auf die Entwicklung eines Kindes auswirken können, herausgearbeitet. Dies sind die genetische Ausstattung eines Kindes, seine persönliche Vulnerabilität sowie psychosoziale Belastungsfaktoren. Dazu ist festzuhalten, dass Erbfaktoren bei der Entstehung einer psychischen Erkrankung zwar eine Rolle spielen, dass Umwelteinflüsse jedoch gerade bei Menschen mit einer bedeutenden erblichen Verletzlichkeit positiv und negativ stark gewichten.

Das Vorhandensein einzelner Risikofaktoren muss nicht zwingend einen negativen Einfluss auf das Kind haben. Sind genügend Schutzfaktoren vorhanden, um die negativen Einflüsse abzuwehren bzw. zu reduzieren, kann das Risiko, eine psychische Störung zu entwickeln, gemildert werden. Die Resilienz, welche es einem Individuum oder einem System erlaubt, belastende Situationen erfolgreich zu meistern, hat dabei eine besondere Bedeutung. Ressourcen sind Möglichkeiten, die dem Kind zur Verfügung stehen und die dieses in der erfolgreichen Bewältigung seiner Entwicklungsaufgaben unterstützen. Ein besonderer Schutzfaktor wird der Familie und dem Umgang untereinander zugeschrieben.

- Was benötigen Kinder für eine gesunde Entwicklung und welche Anforderungen stellen sich dabei den Eltern?

Eltern gelten als Hauptverantwortliche für das Gedeihen ihrer Kinder. Das Erfüllen der kindlichen Grundbedürfnisse steht dabei in engem Zusammenhang mit der kindlichen Entwicklung. Fühlt sich ein Kind sicher und wohl, verstärkt sich sein Bestreben nach Lernen. Dabei sind Kinder auf die Unterstützung ihrer Eltern angewiesen, die sie entwicklungsgerecht fördern und ihnen als Vorbild dienen. Macht das Kind positive Bindungserfahrungen mit seinen Bezugspersonen, begünstigt dies das zukünftige Bindungsverhalten mit anderen Menschen. Je besser sich die Beziehungsqualität und die anregungsreiche Förderung gestaltet, umso gelungener kann sich das Kind in emotionalen, sozialen und intellektuellen Fähigkeiten entwickeln.

Durch die psychische Erkrankung sind Eltern teilweise nicht in der Lage, diesen Anforderungen zu entsprechen. Durch innerpsychische Kräfte oder fehlenden Antrieb fällt es Betroffenen schwer, die Bedürfnisse ihres Kindes wahrzunehmen und darauf einzugehen. Es besteht die Gefahr, dass dem Kind Empathie, Anregung, aber auch Struktur und Grenzsetzung nicht in ausreichendem Masse geboten werden. Besonders belastend wirkt sich die Situation aus, wenn der gesunde Elternteil fehlt, bzw. wenn für das Kind keine verlässliche, verfügbare und vertraute Bezugsperson da ist, die kompensatorisch wirkt.

Nach der Beantwortung der Unterfragen und mit den daraus gewonnenen Erkenntnissen lässt sich nachstehend die Hauptfrage beantworten:

- Was beinhaltet professionelles Handeln der Sozialen Arbeit im Kontext von psychisch beeinträchtigten hospitalisierten Eltern und ihrer minderjährigen Kinder?

Um professionell handeln zu können, ist für Sozialarbeitende einer Psychiatrischen Klinik ein methodisch geleitetes Vorgehen nötig. Mit dem Luzerner Modell zeigen die Autorinnen eine mögliche Variante auf.

Sozialarbeitende einer Psychiatrischen Klinik betrachten den Patienten, die Patientin als Mensch in seinem System. Um die Situation psychisch kranker Eltern und ihrer Familien erfassen zu können, ist für die Sozialarbeitenden Wissen notwendig, wie es in dieser Arbeit dargestellt wird. Unter Einbezug dieses Wissens kann abgeleitet werden, welche Folgen eine psychische Erkrankung eines Elternteils für das Kind und das gesamte Familiensystem haben. Dadurch können nicht befriedigte Bedürfnisse aufgedeckt und Empfehlungen für Angebote einer Psychiatrischen Klinik begründet werden. Diese sollen darauf Einfluss nehmen, dass sich die Situation der Familien und ihrer Kinder verbessert.

Für die Psychiatrischen Kliniken gilt es, die Wichtigkeit der Elternrolle anzuerkennen, die Elternschaft bei Eintritt zu erfassen und eine erste Risikoabwägung bezüglich der Situation des Kindes vorzunehmen. Dazu sind Instrumente zur Situationsanalyse nötig. Besteht die Vermutung, dass das Kindeswohl gefährdet sein könnte, wird eine Meldung an die zuständige Stelle vorgenommen. Gegenüber den Eltern gilt Transparenz in der Zusammenarbeit.

Vorliegende Arbeit zeigt deutlich, dass Psychoedukation für Eltern und Information der Kinder als wichtige Schutzfaktoren gelten. Aufklärung ist in der Arbeit mit psychisch beeinträchtigten Eltern und ihren Kindern zentral. Während des Klinikaufenthaltes sollte Psychoedukation in den festen Behandlungsplan von Eltern gehören. Die Eltern sollten dabei unter anderem motiviert werden, dass sie ihre Kinder über ihre Krankheit aufklären. Die Rolle des gesunden Elternteils ist ebenfalls wichtig. Bei gemeinsamen Gesprächen in der Klinik müssen Elternrolle und Situation des Kindes ebenfalls Thema sein. Sollten sich Eltern nicht in der Lage fühlen, das Kind selber über die Krankheit und den Klinikaufenthalt zu informieren, sollte die Psychiatrische Klinik alters- bzw. entwicklungsgerechte Psychoedukation für Kinder anbieten. Mit der sorgfältigen Austrittsplanung kann das umgehende Auftreten einer neuen Krise unter Umständen abgewendet werden.

Um das professionelle Handeln mit Eltern und ihren minderjährigen Kindern zu unterstützen, muss die Psychiatrische Klinik Rahmenbedingungen bieten, welche von der Klinikleitung implementiert und getragen werden.

7.5.2 Persönliches Fazit

Die vorliegende Arbeit zeigt den Autorinnen deutlich, dass davon ausgegangen werden muss, dass in Familien mit psychisch beeinträchtigtem Elternteil kumulierte soziale Probleme vorliegen. Die Psychiatrische Klinik ist häufig die erste Anlaufstelle, die verlässlich von einer psychischen Erkrankung und betroffenen Familien und ihren Kindern erfährt, welche unter Umständen in Not sind und deren Wohl vielleicht gefährdet ist. Somit besteht von Seiten der Sozialen Arbeit in einer Psychiatrischen Klinik Handlungsbedarf.

Da die Soziale Arbeit als Mitglied des interdisziplinären Teams an der Schnittstelle von Individuum, seiner Lebenswelt und der Gesellschaft tätig ist, wird es in ihr Arbeitsfeld gehören, mit den Eltern zu arbeiten und gegebenenfalls deren minderjährige Kinder einzubeziehen. Es bedarf dazu der Absprache mit dem Behandlungsteam. Bei der Arbeit mit den Eltern muss festgehalten werden, dass die Soziale Arbeit nicht davon ausgehen kann, dass sich Eltern kooperativ und interessiert zeigen. Die Angst vor einem Verlust des Sorgerechts gewichtet schwer und muss berücksichtigt werden. Dies verlangt ein behutsames, empathisches und transparentes Vorgehen der Sozialarbeitenden aber auch vom gesamten Behandlungsteam gegenüber den Eltern. Es gilt, die Eltern zu entlasten und gemeinsam mit ihnen zu klären, was sie und ihr Kind brauchen.

Die Erziehungskompetenz muss bei psychisch kranken Eltern nicht zwingend eingeschränkt sein, sie variiert stark nach Krankheitsbild und -verlauf. Da sich häufig gesunde mit kranken Phasen abwechseln, gilt es die Zeit zu überbrücken, in der der Elternteil nicht in der Lage ist, dem Kind gerecht zu werden. Es geht dabei keinesfalls darum, den Eltern allfällige Defizite vor Augen zu führen. Die Stärkung der elterlichen Kompetenzen und ihre Entlastung von Schuldgefühlen, davon sind die beiden Autorinnen überzeugt, gehören zum Kernstück der Sozialen Arbeit mit Eltern in der Psychiatrischen Klinik. Nur so werden die Eltern in der Lage sein, in gewissen Phasen Hilfe zuzulassen und damit die Situation ihrer Kinder und der ganzen Familie nachhaltig zu verbessern. Ein Einbezug der Elternschaft, trägt dazu bei, dass ein umgehender Wiedereintritt und somit die Gefahr eines Drehtürpatienten, einer Drehtürpatientin verringert werden kann. Die vordergründig entstehenden Kosten und der Mehraufwand gleichen sich damit wieder aus.

Die Soziale Arbeit in der Psychiatrischen Klinik muss sich jedoch auch den Grenzen ihrer Möglichkeiten bewusst sein. Vielfach ist es eine kurze Zeit, in der sich der Elternteil in der Klinik aufhält. Hier ist eine erste Erfassung der familiären Situation und die Vernetzung mit Stellen, an die sich die Eltern wenden können bzw. die Eltern unterstützen, zentral. Es bedarf zudem weiterer Arbeiten bzw. Projekte.

7.5.3 Ausblick

Wie bereits in den Schlussfolgerungen aufgenommen, hat sich im Laufe der Arbeit gezeigt, dass die Psychiatrische Klinik als Mikrokosmos alleine keine fulminanten Wirkungsmöglichkeiten zur Verbesserung der Situation von hospitalisierten Eltern und ihrer minderjährigen Kinder besitzt. Die Psychiatrische Klinik muss sich als Teil eines Netzes für Familien mit psychisch krankem Elternteil verstehen. Auch wenn sie lediglich ein Stück dieses Netzes darstellt, hat sie eine nicht wegzudenkende Rolle. An der Vernetzung unter den Akteuren der Erwachsenenpsychiatrie (ambulante und stationäre Angebote) und vor allem auch unter der Erwachsenenpsychiatrie und der Kinder- und Jugendhilfe muss gearbeitet werden.

Aus Sicht der Autorinnen drängt sich die Prüfung der Zusammenarbeit mit den Kinderschutzgruppen der Kantonsspitäler und / oder anderen Fachstellen auf. Auch gilt es, in den einzelnen Kantonen rechtlich abzuklären, inwiefern bei einer Einweisung eines Elternteils in die Psychiatrische Klinik mittels fürsorgerischer Freiheitsentzug (FFE) zwingend eine Meldung an die zuständige Behörde erfolgen sollte und wer diese Meldung vornimmt. Auch bei einer nicht offensichtlichen Kindwohlgefährdung gilt die externe Vernetzung voranzutreiben, um eine optimale Begleitung der psychisch kranken Eltern und ihrer Kinder zu gewährleisten. Am Expertinnengespräch mit Frau Gäumann, IPW-Winterthur vom 9.9.2011, wurde den Autorinnen Einblick in die Vernetzung gewährt, die in der Region Winterthur aktuell vorangetrieben wird. Dieses Projekt könnte sich als Modell-Beispiel für andere Regionen eignen.

Nebst der Wichtigkeit von Vernetzung sind während der Erarbeitung dieser Bachelorarbeit weitere Aspekte aufgetaucht, die sich zur vertieften Recherche und zur Auseinandersetzung geeignet hätten, die aber im Rahmen dieser Arbeit nicht weiter verfolgt werden konnten. Dies gilt besonders für das Entwickeln einer „Risikocheckliste“ (vgl. 7.1.1), die Ausarbeitung der Psychoedukations-Module für Eltern (vgl. 7.1.4), aber auch für die Gesprächsführung zur Psychoedukation mit den Kindern (vgl. 7.2.2). Die Ausarbeitung eines Notfallpasses (vgl. 7.4.4), eines Flyers oder der Internetseite (vgl. 7.3) könnten künftige Projektarbeiten darstellen.

Zentral erachten es die Autorinnen, dass mit Öffentlichkeitsarbeit der Stigmatisierung psychisch kranker Menschen weiter entgegen gewirkt wird und dass das Tabu ihnen gegenüber endlich gebrochen wird.

Bei den Begegnungen mit psychisch kranken Eltern ist daran zu denken:

Niemand ist allein krank, Eltern und ihre Kinder sind immer verbunden.

8 Literatur- und Quellenverzeichnis

- Abderhalden, Chris; Needham, Ian; Sauter, Dorothea & Wolff, Stephan (2004). *Lehrbuch Psychiatrische Pflege*. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Hans Huber.
- Albermann, Kurt; Cassée, Kitty; Gavez, Silvia; Gurny, Ruth & Los, Barbara (2007). *Kinder psychisch kranker Eltern: Winterthurer Studie. Wissenschaftlicher Bericht*. Zürich: Hochschule für Soziale Arbeit. Forschung und Entwicklung.
- AvenirSocial (2010). *Berufskodex der Professionellen Sozialen Arbeit. Ein Argumentarium für die Praxis der Professionellen*. Bern: Professionelle Soziale Arbeit Schweiz.
- Arkowitz, Hal; Westra, Henny A.; Miller, William R. & Rollnick, Stephen (2010). *Motivierende Gesprächsführung bei der Behandlung psychischer Störungen*. Weinheim und Basel: Beltz.
- Baer, Niklas & Cahn, Theodor (2009). Psychische Gesundheitsprobleme. In Katharina Meyer (Hrsg.), *Gesundheit in der Schweiz. Nationaler Gesundheitsbericht 2008*. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. Bern: Hans Huber.
- Bamler, Vera; Werner, Jillian & Wustmann, Cornelia (2010). *Lehrbuch Kindheitsforschung. Grundlagen, Zugänge und Methoden*. Weinheim und München: Juventa.
- Bosshard, Marianne; Ebert, Ursula; Lazarus, Horst (2010). *Soziale Arbeit in der Psychiatrie*. Lehrbuch. (4. vollst. überarb. Aufl.). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Brisch, Karl Heinz (2009). *Bindungsstörungen. Von der Bindungstheorie zur Therapie*. (9. vollst. überarb. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Brühwiler, Urban; Kunz, Daniel; Schmocker, Beat & Solèr Maria (2011). *Einführung in allgemein erklärende und normative Handlungstheorien*. Unveröffentlichtes Unterrichtsskript. Hochschule Luzern – Soziale Arbeit.
- Cassée, Kitty (2007) *Kompetenzorientierung*. Bern: Haupt.
- Cassée, Kitty & Spanjaard, Han (2009). *KOSS-Manual. Handbuch für kompetenzorientierte Arbeit in stationären Settings*. Bern: Haupt.
- Cassée, Kitty; Gavez, Silvia; Gurny, Ruth & Los-Schneider, Barbara (2007). Kinder psychisch kranker Eltern. Eine Herausforderung für die Soziale Arbeit. *Sozial Aktuell*, 39 (9), 23-25.
- Cassée, Kitty; Los-Schneider, Barbara; Spanjaard, Han (2008). *KOFA-Manual. Handbuch für die kompetenzorientierte Arbeit mit Familien*. Bern, Stuttgart, Wien: Haupt.
- Clauss, Günter (1995). *Fachlexikon abc Psychologie*. (5. überarb. Aufl.). Frankfurt, Main: Harri Deutsch.
- Cecchin, Gianfranco & Conen Marie-Luise (2009). *Wie kann ich Ihnen helfen, mich wieder loszuwerden?* Therapie und Beratung mit unmotivierten Klienten und in Zwangskontexten. Heidelberg: Carl-Auer.
- Dilling, Horst; Mombour, Werner; Schmidt, Martin H. (2010). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien*. (7., überarb. Aufl.). Bern: Hans Huber.
- Dimova, Aleksandra & Pretis, Manfred (2010). *Frühförderung mit Kindern psychisch kranker Eltern*. (2. überarb. Aufl.). München: Ernst Reinhardt.
- Engelke, Ernst (2002). *Theorien der Sozialen Arbeit. Eine Einführung*. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Flammer, August (2009). *Entwicklungstheorien. Psychologische Theorien der menschlichen Entwicklung*. (4., vollst. überarb. Aufl.). Bern: Hans Huber.

- Franz, Matthias; Petermann, Franz & Petermann, Ulrike (2010). *Erziehungskompetenz und Elternt raining. Kindheit und Entwicklung, 19 (2), 67-71.*
- Fuchs, Ursula (2009). *Funktion und Aufgaben von Beratung in der Sozialarbeit.* Unveröffentlichtes Unterrichtsskript. Hochschule Luzern Soziale Arbeit.
- Galm, Beate; Hess, Katja & Kindler, Heinz (2010). *Kindesvernachlässigung – verstehen, erkennen, helfen.* München, Basel: Ernst Reinhardt.
- Geissler-Piltz, Brigitte (2005). *Psychosoziale Diagnosen und Behandlung in Arbeitsfeldern der Klinischen Sozialarbeit.* Schriftenreihe zur Klinischen Sozialarbeit: Band 1. Münster: Lit Verlag.
- Grabert, Andrea (2007). *Salutogenese und Bewältigung psychischer Erkrankung. Einsatz des Kohärenzgefühls in der Sozialen Arbeit.* Lage: Jacobs.
- Grawe, Klaus (2004). *Neuropsychotherapie.* Göttingen, Bern, Toronto, Seattle, Oxford, Prag: Hogrefe.
- Griepenstroh, Julia; Heitmann, Dieter & Reinisch, Anke (2011). Präventionsangebote und –projekte für Kinder psychisch kranker Eltern in Deutschland. In Albert Lenz, Silke Wiegand-Grefe & Fritz Matzejat (Hrsg.). *Kinder mit psychisch kranken Eltern.* Klinik und Forschung. (S. 62 - 83) Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Groeben, Maureen; Kölch, Michael; Perren, Sonja; Schmid, Marc & Stadelmann, Stephanie (2010). *Psychisch kranke und belastete Eltern. Elterliche Stressbelastung und psychische Symptomatik der Kinder. Kindheit und Entwicklung, 19 (2), 72-81.*
- Hafen, Martin (2009). *Mythologie der Gesundheit. Zur Integration von Salutogenese und Pathogenese.* (2. Aufl.). Heidelberg: Carl-Auer-Systeme.
- Häfeli, Christoph (2005). *Wegleitung für vormundschaftliche Organe.* (4. vollst. überarb. Aufl.). Verein zürcherischer Gemeindeschreiber und Verwaltungsbeamter (Hrsg.). Zürich: Kantonale Druck-sachen- und Materialzentrale.
- Hargens, Jürgen (1993). KundIn, KundigE, KundschafterIn. Gedanken zur Grundlegung eines „helfenden“ Zugangs. *Zeitschrift für systemische Therapie, 11 (1), 14 – 20.*
- Hierlemann, Franz (ohne Datum). *Soziale Arbeit in der Psychiatrie. Eine Herausforderung für die Interprofessionalität.* Gefunden am 20. Sept. 2011, unter http://www.avenirsocial.ch/sozialaktuell/sozial_aktuell_6910_6915.pdf
- Husi, Gregor (2007). *Die Differenzierung der Gesellschaft.* Unveröffentlichtes Unterrichtsskript. Hochschule Luzern Soziale Arbeit.
- International Federation of Social Workers [IFSW] (2000). Gefunden am 18. September 2011 unter http://www.avenirsocial.ch/cm_data/DefSozArbeitIFSWIASSW.pdf
- Jacob, André & Wahlen, Karl (2006). *Das Multiaxiale Diagnosesystem Jugendhilfe (MAD-J).* München, Basel: Ernst Reinhardt.
- Jungbauer, Johannes & Lenz, Albert (2008). *Kinder und Partner psychisch kranker Menschen. Belastungen, Hilfsbedarf, Interventionskonzepte.* Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie.
- Keller, Heidi (2011). *Handbuch der Kleinkindforschung.* (4., vollst. überarb. Aufl.). Unter Mitarbeit von Annette Rümmele. Bern: Hans Huber.
- Kinderschutz Schweiz (2002). *Zeigen Sie Stärke: Keine Gewalt an Kindern!* Broschürenreihe „Gewaltfreie Erziehung“. Bern: Kinderschutz Schweiz.
- Koch, Selma (2010). *Krise, Krisenintervention.* Unveröffentlichtes Unterrichtsskript. Hochschule Luzern Soziale Arbeit.

- Kottler, Anna (2004). *Psychosoziale Beratung in der Klinischen Sozialarbeit. Bedarf und Kompetenzen*. Lage: Jacobs.
- Kuhn, Juliane & Lenz, Albert (2011). Was stärkt Kinder psychisch kranker Eltern? In Albert Lenz, Silke Wiegand-Grefe & Fritz Mattejat (Hrsg.). *Kinder mit psychisch kranken Eltern*. Klinik und Forschung. (S. 269 – 298) Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Largo, Remo H. (2010). *Lernen geht anders. Bildung und Erziehung vom Kind her denken*. Hamburg: Köber Stiftung.
- Lenz, Albert (2005). *Kinder psychisch kranker Eltern*. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle, Oxford, Prag: Hogrefe.
- Lenz, Albert (2008). *Interventionen bei Kindern psychisch kranker Eltern. Grundlagen, Diagnostik und therapeutische Massnahmen*. Göttingen, Bern, Wien, Paris, Oxford, Prag, Toronto, Cambridge, MA-Amsterdam, Kopenhagen: Hogrefe.
- Lenz, Albert (2010). *Ressourcen fördern. Materialien für die Arbeit mit Kindern und ihren psychisch kranken Eltern*. Göttingen: Hogrefe.
- Lenz, Albert; Riesberg, Ulla; Rothenberg, Birgit & Sprung Christiane (2010). *Familie leben trotz intellektueller Beeinträchtigung. Begleitete Elternschaft in der Praxis*. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Lenz, Albert; Mattejat, Fritz & Wiegand-Grefe, Silke (Hrsg.) (2011). *Kinder psychisch kranker Eltern – Eine Einführung in die Thematik*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Lisofsky, Beate & Mattejat, Fritz (2009). *Nicht von schlechten Eltern. Kinder psychisch Kranker*. (2. Aufl.). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Montada, Leo & Oerter, Rolf (2002). *Entwicklungspsychologie*. (5. Aufl.). Weinheim, Basel: Beltz.
- Möller, Brigit; Romer, Georg & Wiegand-Grefe, Silke (2011). Wenn Eltern zerstörbar werden. In Albert Lenz; Fritz Mattejat & Silke Wiegand-Grefe (Hrsg.). *Kinder mit psychisch kranken Eltern*. Klinik und Forschung. (S. 27 – 43) Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Obrecht, Werner (2001). *Das Systemtheoretische Paradigma der Disziplin und der Profession der Sozialen Arbeit. Zürcher Beiträge zur Theorie und Praxis Sozialer Arbeit*. Zürich: Zürcher Hochschule für Soziale Arbeit.
- Ohntrup, Janna M; Pollak, Eva; Plass Angela & Wiegand-Grefe, Silke (2011). Parentifizierung - Elternbefragung zur destruktiven Parentifizierung von Kindern psychisch erkrankter Eltern. In Albert Lenz, Silke Wiegand-Grefe & Fritz Mattejat (Hrsg.). *Kinder mit psychisch kranken Eltern*. Klinik und Forschung. (S. 375 – 398) Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Petermann, Franz & Schmidt Martin H. (2006). Ressourcen – ein Grundbegriff der Entwicklungspsychologie und Entwicklungspsychopathologie. *Kindheit und Entwicklung*, 15 (2), 119 – 120.
- Petermann, Franz & Schmidt Martin H. (2009). Aktuelle Kontroverse. Ressourcenorientierte Diagnostik – eine Leerformel oder nützliche Perspektive? *Kindheit und Entwicklung*, 18 (1) , 49 – 56.
- Petermann, Ulrike & Petermann, Franz (2006). Erziehungskompetenz. *Kindheit und Entwicklung*, 15 (1), 1-8.
- Rogers, Carl (1985). *Die nicht direktive Beratung*. Frankfurt: Fischer.
- Rüegger, Cornelia (2011). *Die soziale Dimension psychischer Krankheit und Gesundheit. Eine handlungstheoretische Wissensbasis der Klinischen Sozialen Arbeit in der Psychiatrie*. Gefunden am 27.10.2011 unter <http://www.fhnw.ch/ppt/content/pub/soziale-dimension-psychischer-krankheit/masterthesis>
- Rüesch, Peter; Schuler, Daniela & Weiss, Carine (2007). *Psychische Gesundheit in der Schweiz*. Monitoring. Arbeitsdokument 24. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

- Schmutz, Elisabeth (2010). *Kinder psychisch kranker Eltern. Prävention und Kooperation von Jugendhilfe und Erwachsenenpsychiatrie*. Eine Arbeitshilfe auf der Basis von Ergebnissen des gleichnamigen Landesmodellprojektes. Norderstedt: Books on Demand GmbH.
- Schweizerisches Zivilgesetzbuch [ZGB] vom 10. Dezember 1907 (SR 210). Gauch, Peter & Stöckli, Hubert (Hrsg.). 48. Aufl. 1. Juli 2010. Zürich, Basel, Genf: Schulthess.
- Schone, Reinhold & Wagenblass Sabine (2002). *Wenn Eltern psychisch krank werden....Kindliche Lebenswelten und institutionelle Handlungsmuster*. Münster: Votum.
- Schone, Reinhold & Wagenblass Sabine (2006). *Kinder psychisch kranker Eltern zwischen Jugendhilfe und Erwachsenenpsychiatrie* (2. Aufl.). Weinheim und München: Juventa.
- Steinhausen, Hans-Christoph (2010). *Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie*. (7. Aufl.). München: Urban & Fischer.
- Tschöpe-Scheffler, Sigrid (2009). *Familie und Erziehung in der Sozialen Arbeit*. Schwalbach: Wochenschau.
- UN-Kinderrechtskonvention (1989). *Übereinkommen über die Rechte des Kindes. Von der Schweiz mit fünf Vorbehalten ratifiziert am 24. Februar 1997*. Stand: 8. April 2010. gefunden am 27.9.2011 unter http://kinderschutz.ch/cmsn/files/2010_Kinderrechte.pdf
- Weber, Esther (2005). *Beratungsmethodik in der Sozialarbeit. Das Unterrichtskonzept der Beratungsmethodik an der Hochschule für Soziale Arbeit Luzern*. Luzern: Interact.
- Weltgesundheitsorganisation [WHO] (2006). *Psychische Gesundheit: Herausforderungen annehmen, Lösungen schaffen*. Bericht über die Europäische Ministerielle WHO-Konferenz. Regionalbüro für Europa: Kopenhagen.
- Wustmann, Corina (2004). *Resilienz. Widerstandsfähigkeit von Kindern in Tageseinrichtungen fördern*. Weinheim und Basel: Beltz.
- Werner, Annegret (2007). Was brauchen Kinder, um sich altersgemäss entwickeln zu können? In: Herbert Blüml, Heinz Kindler, Susanne Lillig, Thomas Meysen, Annegret Werner (Hrsg.): *Handbuch Kindwohlgefährdung nach § 1666 BGB und Allgemeiner Sozialdienst (ASD)*, München: Deutsches Jugendinstitut. Kapitel 13. Gefunden am 23. August 2011 unter <http://213.133.108.158/asd/index.htm>

Anhang A: Checkliste zur Risikoeinschätzung betroffener Kinder

(Mattejat & Lisofsky, 2008, S. 207-214)

Gebrauchsanweisung

Die Checkliste ist in drei Bereiche gegliedert. Unter A. werden Informationen zu der Erkrankung eines Elternteils bzw. der Eltern gesammelt. Hier erfolgt bereits eine Risikoeinschätzung nach dem aktuellen Stand der wissenschaftlichen Literatur. Unter B. sind Fragen zusammengefasst, die sich auf die Risikoeinschätzung bedeutsamer psychosoziale Variablen beziehen und C. beinhaltet Kindvariablen. Bitte kreuzen Sie in dem entsprechenden Feld »Ja« oder »Nein« an. Sie finden in einzelnen Feldern die Ziffern A, B, C, D. Diese Ziffern dienen zur Einschätzung des Risikos der jeweiligen Variable.

A = sehr hohes Risiko

B = hohes Risiko

C = mittleres Risiko

D = geringes Risiko

Orientierungshilfen und Vorschläge zur weiteren Vorgehensweise finden Sie im Anschluss an die Liste der Variablen.

Diese Checkliste ist kein wissenschaftlich geprüftes, valides Verfahren. Sie wurde aus der Praxis heraus für die Praxis entwickelt und kann eine wertvolle Basis für die Arbeit professioneller Helfer mit den betroffenen Familien sein, aber auch diese selbst können von den Fragen profitieren:

Angehörige und Freunde können die Checkliste zur strukturierten Einschätzung der Situation und eines eventuellen Hilfebedarfs nutzen.

Mitarbeiter der Jugendhilfe sollten einzelnen Fragestellungen mit der Familie oder nahestehenden Personen besprechen.

Mitarbeiter in der psychiatrischen Versorgung besprechen die einzelnen Fragestellungen mit ihrer Patientin bzw. ihrem Patienten oder deren Angehörigen.

Für die Hilfeplanung sind in jedem Fall einige Grunddaten zu den Kindern Ihrer Patientin bzw. Ihres Patienten erfragen.

Fragebogen

Grunddaten der Kinder

Bitte ankreuzen

Alter ¹	Geschlecht		Besucht das Kind		
	männlich	weiblich	den Kindergarten?	die Schule?	einen Ausbildungsplatz?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>

A. Risikoeinschätzung Elternvariablen

Bitte ankreuzen

Nr.		nein	ja
1	Ist die Mutter erkrankt? ²		B
2	Ist der Vater erkrankt?		D
3	Sind beide Elternteile erkrankt? ³		A
4	Sind andere Familienmitglieder psychisch erkrankt? ⁴	D	
	Leidet der erkrankte Elternteil		
5	an einer Schizophrenie? ⁵		B
6	an einer Depression? ⁶		B
7	an einer manisch-depressiven Erkrankung? ⁷	C	
8	an einer Persönlichkeitsstörung?	D	
9	Ist die Erkrankung in der Vergangenheit schon einmal aufgetreten? ⁸	D	
10	Handelt es sich um einen chronischen Krankheitsverlauf?	C	
11	Bestand die Krankheit schon vor der Geburt des Kindes bzw. der Kinder oder trat die Erkrankung unmittelbar nach der Geburt eines Kindes auf?	C	

12	Geht mit der Erkrankung ein Ausfall der Alltagsversorgung des Kindes bzw. der Kinder einher?	A
13	Wird die Erkrankung vom Patienten bzw. der Patientin verleugnet oder der Partnerin bzw. dem Partner verleugnet? ⁹	B
14	Besteht eine Fixierung auf die Erkrankung?	C
15	Gibt es Partner- bzw. Eheprobleme?	D
16	Ist der erkrankte Elternteil alleinerziehend?	D
17	Gibt es Personen im familiären System, die den erkrankten Elternteil in Krankheitsverarbeitung und Weiterentwicklung behindern?	D
18	Beschreibt der erkrankte Elternteil die Beziehung zum Kind bzw. zu den Kindern negativ?	D
19	Verhält sich der erkrankte Elternteil zum Kind bzw. zu den Kindern abweisend und entwertend?	D
20	Verhält sich der erkrankte Elternteil zum Kind bzw. zu den Kindern überfürsorglich und bevormundend?	D
21	Verhält sich der erkrankte Elternteil zum Kind bzw. zu den Kindern teilnahmslos und desinteressiert?	C
22	Hat der erkrankte Elternteil das Kind bzw. eines der Kinder produktiv in das eigene Wahnsystem integriert?	C

B. Risikoeinschätzung psychosoziale Variablen

Bitte ankreuzen

Nr.		nein	ja
23	Lebt die Familie in gesicherten wirtschaftlichen Verhältnissen?	B	
24	Gibt es ein Arbeitseinkommen?	C	
26	Bezieht Ihre Patientin bzw. Ihr Patient Sozialhilfe?		D

27	Ist die Familie in den letzten zwei Jahren umgezogen?	D
28	War mit einem solchen Umzug ein Schulwechsel für ein Kind verbunden?	C
29	Hat die Familie regelmäßigen Kontakt zu Freunden oder Menschen aus der Nachbarschaft?	B
30	Hat die Familie Verwandte, Freunde, Menschen aus der Nachbarschaft, die kurzfristig unterstützend helfen können?	B
31	Hat die Familie Verwandte, Freunde, Menschen aus der Nachbarschaft, die für längere Zeit in der Alltagsversorgung (Nahrung, Körperpflege, Betreuung) helfen können?	D
32	Ist ein Familienmitglied in einem Verein, kirchlichen Gruppen etc. aktiv?	D
33	Nimmt ein Familienmitglied an (kulturellen) Veranstaltungen (Dorffeste, Schulfeste etc.) teil?	D
34	Wird innerhalb der Familie offen über die Erkrankung geredet?	A
35	Wissen Verwandte über die Erkrankung Bescheid?	C
36	Ist der Kindergarten bzw. die Schule des Kindes über die Erkrankung in der Familie informiert?	D
37	Befindet sich der erkrankte Elternteil in psychiatrischer Behandlung oder wird er von einem ambulanten Dienst betreut?	D

C. Risikoeinschätzung Kindvariablen

Bitte ankreuzen

Nr.		nein	ja
38	Hat das Kind oder eines der Kinder den Verlust oder die Trennung (Tod, Trennung, Einweisung in ein Heim) von wichtigen Bezugspersonen erlebt?		A

39	Ist die Beziehung des Kindes bzw. der Kinder zum gesundem Elternteil tragfähig, vermittelt sie Sicherheit und Kontinuität?	A
40	Hat das Kind bzw. eines der Kinder eine tragfähige Beziehung zu einer Bezugsperson außerhalb des engeren Familienkreises aufbauen können?	B
41	Gibt es Konflikte zwischen einer außenstehenden Bezugsperson des Kindes bzw. eines der Kinder und Ihrer Patientin bzw. Ihrem Patienten oder seinem bzw. ihrem Partner?	C
42	Fühlt sich das Kind bzw. eines der Kinder für die Erkrankung des Elternteils mitverantwortlich (schuldig)?	B
43	Übernimmt das Kind bzw. eines der Kinder Zuschreibungen aus dem Wahnsystem des erkrankten Elternteils?	B
44	Übernimmt das Kind bzw. eines der Kinder Elternfunktionen wie Versorgung des Haushalts oder die Betreuung von Geschwistern?	C
45	Hat das Kind bzw. die Kinder Freunde oder Spielkameraden?	B
46	Hat das Kind bzw. die Kinder Kontakt zu Nachbarn?	D
47	Besucht das Kind bzw. die Kinder regelmäßig die Schule, den Kindergarten, den Ausbildungsplatz?	C
48	Wurde seitens des Kindergartens, der Schule oder vom Arbeitsplatz von Auffälligkeiten wie sozialem Rückzug, Abbruch von Kontakten, Leistungsabfall berichtet?	B
49	Wurde seitens des Kindergartens, der Schule oder vom Arbeitsplatz ein psychosozialer Fachdienst wie Kinderfrühförderung, schulpsychologischer Dienst, Beratungsstelle o. ä. eingeschaltet?	C
50	Stottert das Kind bzw. eines der Kinder oder wird eine andere Sprach- oder Sprechstörung bemerkt? Falls zutreffend: wird eine Lese- oder Rechtschreibstörung bemerkt?	C

51	Werden beim Kind oder einem der Kinder eine Aufmerksamkeits- oder Aktivitätsstörungen beobachtet?	C
52	Werden beim Kind oder einem der Kinder ein extremes Maß an Streiten oder Tyrannisieren, Grausamkeit gegenüber anderen Personen oder Tieren beobachtet?	B
53	Werden beim Kind oder einem der Kinder eine erhebliche Destruktivität, Feuerlegen, Stehlen, häufiges Lügen, ungewöhnlich häufige und schwere Wutausbrüche und Ungehorsam beobachtet?	C
54	Ist das Kind bzw. eines der Kinder schon einmal von zu Hause wegge- laufen?	B
55	Hat sich das Kind oder eines der Kinder schon einmal absichtlich selbst verletzt? Wurde schon einmal suizidales Verhalten beobachtet?	B
56	Leidet das Kind bzw. eines der Kinder an für das Entwicklungsalter un- typischen Einnässen oder Einkoten?	C
57	Wird das Kind bzw. eines der Kinder als überängstlich, furchtsam, still, in sich gekehrt oder anklammernd erlebt?	C
58	Werden beim dem Kind bzw. einem der Kinder Verwahrlosungsten- denzen beobachtet?	B
59	Wird beim dem Kind bzw. einem der Kinder eine andere Auffälligkeit beobachtet oder beschrieben?	D

1 Je jünger das Kind zum Zeitpunkt des Ausbruchs der Erkrankung, desto größer das Risiko.

2 Kinder einer psychisch (auch an Schizophrenie) erkrankten Mutter sind stärker beeinträchtigt als Kinder psychisch kranker Väter, was sich in einem verstärkt auftretenden dissozialen Verhalten bzw. Rückzugstendenzen der Kinder ausdrückt.

3 Bei zwei erkrankten Elternteilen liegt das Risiko der Kinder, selbst zu erkranken, zwischen C 5 % und 50 %.

4 Das Erkrankungsrisiko für eine Schizophrenie steigt mit zunehmendem Verwandtschaftsgrad.

5 Nach vorliegenden Forschungsergebnissen sind Kinder schizophrener Eltern besonders gefährdet. Die Wahrscheinlichkeit, als Kind schizophrener Eltern selbst zu erkranken, liegt bei 10 % – 15 % im Vergleich mit einem allgemeinen Lebenszeitrisko von 1 %. Zahlreiche Untersuchungen liefern Hinweise für Auffälligkeiten im kognitiven und emotionalen Bereich sowie auf Störungen des Sozialverhaltens und der Beziehungen zu Gleichaltrigen.

6 Nach Studien, in denen Kinder bipolar und unipolar Erkrankter persönlich untersucht worden sind, waren Kinder schizophrener oder unipolar erkrankter Eltern am leichtesten ablenkbar, störbar und in ihrer sprachlichen Kompetenz eingeschränkt. Die Kinder bipolarer Eltern unterschieden sich in vielen Bereichen nicht von der Kontrollgruppe. In einer Studie von Hameln et al. wiesen 42 % der Kinder unipolarer Eltern eine major depression gegenüber jeweils 25 % bei bipolaren und High-Stress-Familien.

7 In einigen Studien, in denen die Eltern und Bezugspersonen von Kindern bipolar und unipolar Erkrankter nach Auffälligkeiten bei ihren Kindern befragt worden sind, wurden bei bipolar Erkrankten häufiger Ängste, Hypochondrie, Impulsivität, Stimmungslabilität und motorische Auffälligkeiten angegeben als in der Vergleichsgruppe.

8 Je schwerer und langdauernder die Erkrankung, desto höher ist das Risiko für die Kinder.

9 Fehlende Krankheitseinsicht erhöht das Risiko für die betroffenen Kinder. Sie begünstigt eine Tabuisierung oder Verleugnung der Erkrankung und befördert auf diesem Wege die soziale Isolation.

Auswertung

Nachdem Sie die Liste bearbeitet haben, ermitteln Sie bitte die Häufigkeit der von Ihnen angekreuzten Ziffern und tragen sie diese in die nachstehende Tabelle ein.

Risikoeinschätzung	Anzahl der in der Checkliste vorhandenen Ziffern	Häufigkeit der ermittelten Ziffern
A= sehr hohes Risiko	5	
B= hohes Risiko	16	
C= mittleres Risiko	18	
D= geringes Risiko	19	

Mit der Häufigkeit der Nennungen steigt das Risiko der Kinder, selbst zu erkranken oder andere Beeinträchtigungen davonzutragen. Hierbei beachten Sie bitte die qualitativen Abstufungen, die mit den unterschiedlichen Ziffern verbunden sind.

Die konkreten Angebote und Leistungen in der psychiatrischen Versorgung sind in den einzelnen Regionen unterschiedlich ausgestaltet. Es ist schon aus diesem Grund nicht möglich, die Durchführung einzelner Maßnahmen vorzuschlagen. Sind Sie zu dem Ergebnis gekommen, dass im konkreten Einzelfall eine Gefährdung für das Kind vorliegt, so empfehlen wir Ihnen das Gespräch mit dem behandelnden Facharzt bzw. dem betreuenden ambulanten Dienst. Befindet sich der erkrankte Elternteil in teilstationärer oder stationärer psychiatrischer Behandlung, wenden Sie sich dort bitte an die behandelnden Ärztinnen und Ärzte.

In vielen Fällen wird eine solche Information und eine entsprechende Abstimmung genügen. Es kann aber auch erforderlich sein, die Situation des Kindes bzw. der Kinder im Rahmen einer Fallkonferenz aller mit der betroffenen Familie befassten Dienste zu thematisieren und gemeinsam Lösungen zu suchen.

Herunterladen des Fragebogens unter:

<http://www.kipsy.net/fileadmin/internet/media/pdf/Checkliste-Risikoeinschaetzung.pdf>

Anhang B: Rechercheprotokoll Januar bis März 2011

Vorbereitende Recherche

- Welche Handlungsmöglichkeiten haben Akteure von Psychiatrischen Kliniken im Einbezug von Kindern psychisch kranker Eltern?

Zeitdauer

Januar bis März 2011

Suchbegriffe

Psychisch kranke Eltern, vergessene Angehörige, psychische Krankheiten, Resilienz, Risikofaktoren, Entwicklungspsychologie, Kommunikation, Psychiatrische Kliniken, Prävalenz

Suchinstrumente

Nebis, IDS Katalog, Google, Mediothek HSLU, Mediothek FHNW

Relevanz

Die vorbereitende Recherche hatte eine hohe Relevanz für die weitere Themeneinengung. Die Recherche in bereits vorhandenen Bachelor-Arbeiten zeigte auf, dass dieses Thema kaum und nicht in unserem Sinne abgehandelt ist und es eine Wissenslücke zu schliessen gibt.

Nachstehend die eigentliche Recherche, die nach den einzelnen Fragestellungen unterteilt aufgeführt ist. Die Relevanz wurde wie folgt gekennzeichnet:

*** = sehr wichtig

** = wichtig

* = wenig wichtig

--- = keine Relevanz

In normaler Schrift ist jeweils die Fragestellung aufgeführt, von der ursprünglich ausgegangen wurde, in **fetter Schrift** die aktuelle.

Anhang B: Rechercheprotokoll April bis November 2011

- **Frage 1: Beschreibungswissen:** Was ist der aktuelle Stand der Forschung? Prävalenz, Krankheitsbilder?
- **Was sind die Auswirkungen einer psychischen Erkrankung eines Elternteils auf das betroffene Kind und das Familienleben?**

Datum	Zeit	Suchbegriff	Suchinstrument	Auswahlkriterium	aufbewahrtes Dokument	Quellentyp	Inhalt	Relevanz
4.4.11	05'	Psychisch kranke Eltern	Nebis	Angemessenheit, Aktualität	-Lenz, Albert, 2008, Kinder und Partner psychisch kranker Menschen	Monographie	Belastungen, Hilfsbedarf, Interventionskonzept	***
4.4.11	10'	Schneewind Klaus	Nebis Autor	Renommee des Autors	-Schneewind, Klaus, 2010, Familienpsychologie	Monographie	Wandel der familiären Strukturen, Beziehungen, Geschwisterdynamik	*
4.4.11	10'	Tschöpe-Scheffler, Sigrid	Nebis Autor	Adressatenschaft der Information	-Tschöpe-Scheffler Sigrid, 2009, Familie und Erziehung in der Sozialen Arbeit	Monographie	Veränderte familiäre Strukturen, Erziehung, link zur Sozialen Arbeit (Autorin ist Sozialarbeiterin)	**
4.4.11	10'	Nave-Herz Rosmarie	Nebis Autor	Angemessenheit	- Nave-Herz Rosmarie, 2009, Familie heute	Monographie	Wandel der Familienstrukturen und Folgen für die Erziehung	---
6.4.11	30'	Kinder psychisch kranker Eltern	Google	Inhaltliche Differenziertheit	http://www.netzundboden.de/	Artikel, Broschüren	Grosse Anzahl Artikel, Forschungsarbeiten, Institutionen	**
6.4.11	10'	Pro Juventute	Google	Aktualität Schweiz	Wie geht es denn den Kindern? 1995	Broschüre	Wenn ein Vater oder eine Mutter psychische Probleme haben, bestellt	*
6.4.11	30'	Erwachsenenpsychiatrie	Nebis	Angemessenheit, Aktualität	-Godderidge Krista, 2006, Kinder in ver-rückten Lebenswelten - Schmutz, Elisabeth, 2010, Kinder psychisch kranker Eltern - Schone Reinhold, 2001, Kinder psychisch kranker Eltern zwischen Jugendhilfe und Erwachsenenpsychiatrie	Bachelor-Arbeit ZH 2006 Monographie Monographie	Erwachsenenpsychiatrie, Kooperation Prävention und Kooperation von Jugendhilfe	--- *** **
6.4.11	10'	Kinder & psychisch kranke Eltern	IDS	Angemessenheit, Aktualität	-Wiegand, Grefe-Silke (2011), Kinder mit psychisch kranken Eltern	Sammelwerk	Neuster Forschungsstand, viele Autoren und Autorinnen, Resilienz, Prävalenz, elterliche Kompetenzen etc.	***
12.4.11	10'	ICD-10	Nebis	Inhaltliche Differenziertheit, Renommee der Quelle	-Dilling, Horst; Mombour, Werner; Schmidt, Martin H., 2010, ICD-10	Fachbuch	Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien	**

12.4.11		Klinische Sozialarbeit	Nebis	Berufsbild SA	-Pauls Helmut, 2004, Klinische Sozialarbeit -Geissler-Piltz Brigitte, 2005, <i>Psychosoziale Diagnosen und Behandlung in Arbeitsfeldern der Klinischen Sozialarbeit</i> - Kottler, Anna, 2004, Psychosoziale Beratung in der Klinischen Sozialarbeit	Fachbuch Fachbuch	Grundlagen und Methoden psychosozialer Behandlung, Autor aus Modul 308 Soziale Arbeit im Gesundheitswesen, vielseitige Beleuchtung Bedarf und Kompetenzen	** ** **
11.5.11	45'	Psychische Gesundheit Psychische Gesundheit Schweiz	Nebis Nebis	Angemessenheit Angemessenheit Angemessenheit, Renommee der Quelle Renommee der Quelle	-zu viele Treffer -Vilma Müller, Diana Schramek -Rüesch, Peter; Schuler, Daniela & Weiss, Carine (2007) - Meyer Katharina (Hrsg.), Gesundheit in der Schweiz. Nationaler Gesundheitsbericht 2008	 Zeitschriften-Artikel Studien Studien, Sammelwerk	 Psychische Gesundheit, Studie im Kanton Aargau <i>Psychische Gesundheit in der Schweiz</i> . Monitoring. Arbeitsdokument 24. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, viele Autoren, Stigmatisierung	--- --- * ***
11.5.11	20'	Obsan	Google	Aktualität, Renommee der Quelle	http://www.obsan.admin.ch/bfs/obsan	Internetartikel	20 Medienmitteilung, Jeder fünft Eintritt in psychiatrische Kliniken erfolgt mit Zwang etc.	---
15.5.11	5'		Eigenbestand	Handsuche	-Hafen Martin, 2009, Mythologie der Gesundheit	Fachbuch	Zur Integration von Salutogenese und Pathogenese	**
15.5.11	5'		Modulunterlage	Handsuche	-Bamberger Monika, von Arx Rolf, 2010, <i>Wegleitung. Kinder psychisch kranker Eltern – Einbezug während der Hospitalisationszeit eines Elternteils</i>	Wegleitung	Luzerne Psychiatrie, Stationäre Dienste. Unterrichtsmaterial in Modul Gesundheit Vorgehensweise der lups mit Einbezug betroffener Kinder, Vernetzung	**

6.7.11	40'	Salutogenese	Nebis	Inhaltliche Differenziertheit	-Arichinger Alfons, Resilienzförderung mit Kindern	Monographie	Fokus auf gesunder Bereich der psychisch erkrankter Eltern	*
		Aaron Antonovsky:: Salutogenese	Nebis	Renommee des Autors	-Antonovsky, Aaron, 2002, Zur Entmystifizierung der Gesundheit http://www.kosch.ch/dl/SalutogeneseAntonovsky.pdf	Rezension	Zusammenfassende Beschreibung von Salutogenese und Kohärenzgefühl	*
		Salutogenese & Soziale Arbeit	Nebis	Inhaltliche Differenziertheit	- Grabert, Andrea (2007). Salutogenese und Bewältigung psychischer Erkrankung	Monographie	Einsatz des Kohärenzgefühls in der Sozialen Arbeit	***
7.7.11	10'	Psychoedukative Familienintervention	Nebis	Psychoedukation	-Berking Matthias 2010, Training emotionaler Kompetenzen	Monographie	Literatur von Kitty Cassée empfohlen, Expertengespräch 6.7.11	*
7.7.11	15'	Systemische Resilienz Personenresilienz	Nebis	Inhaltliche Differenziertheit Nichts gefunden	-Retzklaff Rüdiger, 2010, Familiäre Resilienz		Familienresilienz, Vorwort Arist von Schlippe; wenn ein Kind behindert ist	--- ---
3.8.11	30'	WHO Psychische Gesundheit & Weltgesundheitsorganisation	Nebis Internet	Keine Treffer Renommee der Quelle	-Weltgesundheitsorganisation, WHO, 2006, Psychische Gesundheit: Herausforderungen annehmen, Lösungen schaffen. Bericht über die Europäische Ministerielle WHO-Konferenz. Regionalbüro für Europa: Kopenhagen		Bericht über die Europäische Ministerielle WHO-Konferenz. Regionalbüro für Europa	--- ***
2.10.11	15'		Eigenbestand	Handsuche	Husi Gregor, 2007, Die Differenzierung der Gesellschaft	Skript	Definition Lebenslage, Skript Soziale Arbeit	*

- **Frage 2: Bewertungswissen:** Inwiefern werden die betroffenen minderjährigen Kinder bei Klinikaufenthalt eines Elternteils einbezogen?
- **Wie sieht es in betroffenen Familien in der Zeit rund um den Aufenthalt eines Elternteils in einer Psychiatrischen Klinik aus?**

Datum	Zeit	Suchbegriff	Suchinstrument	Auswahlkriterium	aufbewahrtes Dokument	Quellentyp	Inhalt	Relevanz
4.4.11	10'	Psychisch kranke Eltern	Nebis	Renommee der Quelle, Aktualität	- Silke Wiegand-Grefe, Mattejat & Lenz, 2010, Kinder mit psychisch kranken Eltern	Sammelwerk	Klinik und Forschung, aktueller Stand der Forschung! Familiäre Resilienz	***
4.4.11	10'	Lisofsky Beate Mattejat, Fritz	Nebis Autor Nebis Autor	Kein Treffer Renommee der Autorin, Aktualität	-Lisofsky, Beate & Mattejat, Fritz, 2004, Nicht von schlechten Eltern. Kinder psychisch Kranker	Fachbuch	Viele Autoren, Perspektive von Kind und Angehörigen, Risikocheckliste zur Erhebung gefährdeter Kinder im Anhang	***
20.5.11	30'	Lenz, Albert	Nebis Autor	Renommee des Autors, Aktualität	-Jungbauer, Johannes & Lenz, Albert (2008). Kinder und Partner psychisch kranker Menschen - Lenz Albert, 2005, Kinder psychisch kranker Eltern -Lenz Albert, 2010, Ressourcen fördern. Materialien für die Arbeit mit Kindern und ihren psychisch kranken Eltern -Lenz, Albert; Riesberg, Ulla; Rothenberg, Birgit & Sprung Christiane, 2010, Familie leben trotz intellektueller Beeinträchtigung	Fachbücher	Belastungen, Hilfsbedarf, Interventionskonzepte Aussagen über Zusammenhänge Arbeitsmaterialien für Kindern von psychisch kranken Eltern - Begleitete Elternschaft in der Praxis, kindliche Bedürfnisse, elterliche Kompetenzen	** *** ** **
31.5.11	10'	Keller Heidi	Nebis Autor	Renommee der Autorin, Aktualität	-Keller Heidi, 2011, Handbuch der Kleinkindforschung		Von Marius Metzger am Fachpoolgespräch empfohlen	**
31.5.11	10'	Beispiele	Ilias	Modul 371	-Aerne Verena, Albertin Michèle, 2010, ...au i wett bi mim Mami si...	Bachelor-Arbeit	Von Gregor Husi wegen Aufbau empfohlen, Opiadabhängige Mütter	*
2.6.11	30'	Winterthurer Studie	Google	Inhaltliche Differenziertheit, Aktualität	http://www.sozialearbeit.zhaw.ch/fileadmin/user_upload/soziale_arbeit/Forschung/Forschungsberichte/laufend/KiPEltern_WthurStudie.pdf	Wissenschaftlicher Bericht 2007	Winterthurer Studie. Forschung und Entwicklung. Kinder psychisch kranker Eltern, Fachhochschule Zürich für Soziale Arbeit, Prävalenz Schweiz	***
2.6.11	15'	Kinder psychisch kranker Eltern & zhaw	Google	Inhaltliche Differenziertheit, Aktualität	http://www.sozialearbeit.zhaw.ch/fileadmin/user_upload/soziale_arbeit/Forschung/Forschungsberichte/abgeschlossen/KipE-ZH-Forschungsbericht_2_doc.pdf	Wissenschaftlicher Bericht 2008	Interprofessionelle Kooperation und Unterstützungsbedarf	*

7.7.11	20'	Cassée Kitty	Nebis Zeitschriften-suche Sozial Aktuell	Renommee der Autorin	-Cassée, Kitty; Gavez, Silvia: Gurny, Ruth & Los-Schneider, Barbara, 2007, Kinder psychisch kranker Eltern	Zeitschriften-artikel	Herausforderung für die Soziale Arbeit; Von ihr im Fachpoolgespräch erwähnt, zusammenfassender Artikel über Forschungsarbeit 2007	***
--------	-----	--------------	--	----------------------	--	-----------------------	---	-----

➤ **Frage 3: Bewertungswissen:** Welche Risikofaktoren bestehen bei Kindern mit psychisch krankem Elternteil, welche sind mögliche Schutzfaktoren?

Datum	Zeit	Suchbegriff	Suchinstrument	Auswahlkriterium	aufbewahrtes Dokument	Quellentyp	Inhalt	Relevanz
6.4.11	15'	Resilienz	IDS	Aktualität	-Gahleitener Silke-Birgitte, 2010, Klinische Sozialarbeit -Corina Wustmann, 2004, Resilienz	Sammelwerk Monographie	Beiträge zur psychosozialen Praxis und Forschung, Belastung der Familie Betroffene Familien, Resilienz etc.	** ***
12.5.11	5'	Prävention & Kind & psychisch kranke Eltern	Nebis	Inhaltliche Differenziertheit, Aktualität	-Schmutz, Elisabeth, 2010, Kinder psychisch kranker Eltern -Pretis Manfred, 2010, Frühförderung mit Kindern psychisch kranker Eltern -Wiegrand Grete Silke, 2011, Kinder mit psychisch kranken Eltern	Monographie Fachbuch Sammelwerk	Prävention und Kooperation von Jugendhilfe u. Erwachsenenpsychiatrie Definitionen, Frühförderung, Auffälligkeiten im Kleinkindalter Sicht vom Kind (haben schon Buch mit systemischer Sicht, auch 2011)	*** *** ***
19.5.11	5'	Buchtitel	Nebis	Angemessenheit	-Conen, Marie-Luise, 2006, Wo keine Hoffnung ist, muss man sie erfinden.	Monographie	-Stärken der familiären Resilienz, Zugang zu Familien finden, für aussuchende Familienarbeit	*
19.5.11	10'	Kindliche Lebenswelt	Nebis	Inhaltliche Differenziertheit Inhaltliche Differenziertheit	-Schone, Reinhold & Wagenblaus Sabine, 2002, Wenn Eltern psychisch krank werden.... -Schone, Reinhold & Wagenblaus Sabine, 2006, Kinder psychisch kranker Eltern zwischen Jugendhilfe und Erwachsenenpsychiatrie	Fachbuch Sammelwerk	Kindliche Lebenswelten und institutionelle Handlungsmuster Schnittstelle Klinik und Jugendhilfe, Risikoscheckliste	*** **
19.5.11	5'	Thomas Gorden	Nebis Autor	Angemessenheit	-Gorden, Thomas, 2004, Die neue Familienkonferenz	Monographie	-Kinder erziehen ohne zu bestrafen	---

30.5.11	15'	Pro Mente Sana	Google	Angemessenheit	-Raschle Gerster, Andrea et al., 2005, Kinder psychisch kranker Eltern. Was sie und ihre Mütter und Väter brauchen	Broschüre	-Von Pro Mente Sana. Vor und während Klinik, Rechtsteil einfach erklärt, gute Link-Verweise	**
30.5.11	5'	Raschle Andrea	Nebis, Autor	Renommee der Autorin, Aktualität	-Raschle Andrea, 2001, Kinder – vergessene Angehörige psychisch kranker Mütter und Väter.	Diplomarbeit Solothurn-Nordwestschweiz	-Betrachtungen zur Lebenssituation dieser Kinder und Handlungsimplikationen für die Sozialarbeit in der Erwachsenenpsychiatrie	*
30.5.11	10'	Beratung & Familie	Nebis	Inhaltliche Differenziertheit	-Brisch Karl-Heinz, 2009, Wege zu sicheren Bindungen in Familie und Gesellschaft -Von Schlippe Arist, 2008, Familienunternehmen verstehen	Monographie Monographie	Bindungstheorie-> eher zu der kindlichen Entwicklung Grundausstattung der systemischen Beratung	** ---
30.5.11	10'	Brisch Karl-Heinz	Nebis Autor	Renommee des Autors	-Brisch Karl-Heinz, Bindungsstörungen, Von der Bindungstheorie zur Therapie, 1999	Sammelwerk	Bindungen in Bezug auf Schutz- und Risikofaktoren, Depression, Borderline, Psychose, Prävention etc.	Zuerst hoch, dann verworfen

➤ **Frage 4: Erklärungswissen:** Welche unterschiedlichen Bedürfnisse in Bezug auf Information haben die Kinder je nach Entwicklungsstand?

➤ **Was benötigen Kinder für eine gesunde Entwicklung und welche Anforderungen stellen sich dabei den Eltern?**

Datum	Zeit	Suchbegriff	Suchinstrument	Auswahlkriterium	aufbewahrtes Dokument	Quellentyp	Inhalt	Relevanz
4.4.11	10'	Psychisch kranker Eltern	Nebis	Renommee der Quelle, Aktualität	- Silke Wiegand-Grefe, Mattejat & Lenz, 2010, Kinder mit psychisch kranken Eltern	Sammelwerk	Klinik und Forschung, fehlende Erziehungskompetenz durch psychische Erkrankung	***
4.4.11	10'	Kindheitsforschung	Autor Nebis	2010 Quelle aus Bachelorarbeit B. Juchli reserviert	-Bamler, Vera et al. Lehrbuch der Kindheitsforschung. Grundlagen, Zugänge und Methoden.	Sammelwerk	Entwicklungstheorien nach Erikson, Freud, Kindheit im Kontext Familie	*
4.4.11	10'	Entwicklungsgefährdung	Nebis	Angemessenheit, Aktualität	- Margaritha Zander et al., 2011, Handbuch der Resilienzförderung	Sammelwerk	-Theorie in Tat umsetzen: 5 Prinzipien der Intervention -Kindswohlgefährdung	***

4.4.11	5'	Opp & Fingerle	Nebis Autoren	Renommee der Quelle, Aktualität	-Opp Günther & Fingerle Michael, 2008, Was Kinder stärkt – Erziehung zwischen Risiko und Resilienz	Sammelwerk	-Resilienz	**
4.4.11	10'	Entwicklungspsychologie	Nebis	Aktualität	-Bischof-Köhler, Doris, 2011, Soziale Entwicklung in Kindheit und Jugend	Monographie	-ganze Entwicklungspsychologie, Freud, Ödipus, Coping, Bindung, Empathie, Theorie of mind	*
4.4.11	10'	Soziale Bindung	Nebis	Aktualität	- Brisch Karl Heinz, 2011, Bindung und frühe Störungen der Entwicklung	Fachbuch	Auswirkungen auf postpartale Depression, Therapie von Störungen	---
4.4.11	10'	Birsch Karl	Nebis	Renommee des Autors	- Brisch Karl Heinz, 2010, Bindung und seelische Entwicklungswege	Buch	Bindung, Entwicklungspsychologie, Grundlagen, Prävention und klinische Praxis	---
4.4.11	10'	Birsch Karl	Nebis	Renommee des Autors	-Brisch Karl Heinz, 2009, Wege zur sicheren Bindung in der Familie und Gesellschaft. Prävention, Begleitung, Beratung und Psychotherapie	Rezension	http://www.socialnet.de/rezensionen/7651.php	*
4.4.11	10'	Birsch Karl	Nebis	Renommee des Autors	- Brisch Karl Heinz, 2006, Bindung und Trauma	Monographie	Risiken und Schutzfaktoren für die Entwicklung des Kindes	---
4.4.11	10'	Birsch Karl	Nebis	Renommee des Autors	- Brisch Karl Heinz, 1999, Bindungsstörungen	Monographie	Von der Bindungstheorie zur Therapie	---
4.4.11	10'	Flammer	Nebis	Renommee des Autors	-Flammer August, 2009, Entwicklungstheorien	Aufsatz aus Sammelchrift	Entwicklungstheorien nach Erikson u.s.w., Psychologische Theorien der menschlichen Entwicklung	***
6.4.11	10'	Schneewind	Nebis	Angemessenheit, Aktualität	-Familienpsychologie, 2010	Monographie	Wandel Familie, Beziehungen, Geschwisterdynamik und vieles mehr	*
11.5.11	10'	Oerter & L. Montana	Nebis Autoren	Renommee der Autoren	Entwicklungspsychologie: Ein Lehrbuch, 2002	Sammelwerk	Entwicklungstheorien, Definitionen	**
11.5.11	10'	Frühförderung mit Kinder psychisch kranker Eltern	Nebis Google Pretis & Dimova	Renommee der Quelle	-Pretis & Dimova, 2010, Frühförderung mit Kinder psychisch kranker Eltern http://www.sinn-evaluation.at/	Buch Internetartikel	-Auswirkungen der verschiedenen Krankheitsbilder, Zusammenhänge Entwicklungsgefährdung, Ansicht aus österreichischer Sicht Haben Früherfassungskarten	** ---

31.5.11	10'	Wustmann Corina	Nebis	Renommee der Quelle	Corina Wustmann, 2004, Resilienz	Monographie	Hinweis aus 1. Fachpoolgespräch mit Marius Metzger	**
31.5.11	30'	Eckey Barbara	Nebis Autor	Angemessenheit	-Barbara Eckey. Jugend bewegt Beratung, 2008, Adoleszenz als Herausforderung für Erziehungsberatung	Sammelwerk	Kindliche Bedürfnisse von Jacob André 2008 -> Empfehlungen von Marius Metzger, 1. Fachpoolgespräch	*
		Jacob & Wahlen	Nebis Autor	Renommee der Autoren	-Jacob André & Wahlen Karl, 2006, Das Multiaxiale Diagnosesystem Jugendhilfe. Das Multiaxiale Diagnosesystem Jugendhilfe (MAD-J)	Fachbuch	Kindliche Bedürfnisse, Erziehungs Kompetenzen	***
7.6.11		Largo	Nebis Autor	Renommee des Autors	Largo, Remo H, (2010, Lernen geht anders	Monographie	Bildung und Erziehung vom Kind her denken	**
7.6.11		Steinhausen	Nebis Autor	Angemessenheit	Steinhausen, Hans-Christoph, 2010, Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie	Monographie	Empfehlungen von Marius Metzger, 1. Fachpoolgespräch.	**
7.6.11	20'	Bedürfnis-Theorie Bedürfnis Kind	Nebis	Angemessenheit	-Kein Treffer -Brazelton, Thomas Berry, 2008, Die 7 Bedürfnisse des Kindes	Monographie	- Aus dem Amerikanischen; verwirrend, da von 7, verweisende Literatur von 3 Bedürfnissen spricht	- **
26.6.11	10'	Cassée Kitty	Nebis Autorin	Renommee der Autorin	Cassée Kitty, 2007, Kompetenzorientierung	Monographie	Vorbereitung für Fachpoolgespräch	*
26.6.11	5'	Cassée Kitty	Nebis Autorin	Renommee der Autorin	Cassée Kitty & Spanjaard Han, 2009, KOSS-Manual		Vorbereitung für Fachpoolgespräch Handbuch für kompetenzorientierte Arbeit in stationären Settings	**
7.8.11	10'	Stigma	Handsuche	Unterrichtsartikel Modul 308	Angermeyer Matthias C., Corrigan Patrick W. & Rüsich Nicolas, 2005	Artikel	Das Stigma psychischer Erkrankung: Konzepte, Formen, Folgen	*
23.8.11	15'	Heinz Kindler & Kindswohl	Google	Renommee der Quelle	Herbert Blüml, Heinz Kindler, Susanne Lillig, Thomas Meysen, Annegret Werner http://213.133.108.158/asd/index.htm		Handbuch Kindswohlgefährdung nach § 1666 BGB und Allgemeiner Sozialdienst (ASD)	**

23.8.11	30'	Erziehung Erziehung & Familie	Nebis		-Zu viele Treffer -Zu viele Treffer			---
		Tschöpe	Nebis Autorin	Bezug zur Profession	-Tschöpe-Scheffler Sigrid, 2009, Familie und Erziehung in der Sozialen Arbeit -Tschöpe-Scheffler Sigrid, 2011, Die 5 Säulen der Erziehung	Monographie Monographie	Wandelndes Bild der Familien, Erklärungswissen Gute bildliche Darstellung	* *
1.9.11	60'	Fachzeitschriften -Eltern und Entwicklung	Handsuche Mediothek FHNW	Angemessenheit, Aktualität	-Groeben, Maureen; Kölch, Michael; Perren, Sonja; Schmid, Marc & Stadelmann, Stephanie, 2010, Psychisch kranke und belastete Eltern.	Fachartikel	Elterliche Stressbelastung und psychische Symptomatik der Kinder.	**
		-Soziale Psychiatrie			- Petermann, Franz & Schmidt Martin H. (2006). Ressourcen – ein Grundbegriff der Entwicklungspsychologie und Entwicklungspsychopathologie	Fachartikel	Handlungsvorschläge, ressourcenorientiertes Handeln, Forschungsarbeit	*
		Kindheit und Entwicklung			-Wagenblass, Sabine, 2003, Kinder psychisch kranker Eltern. Wenn Eltern in verrückten Welten leben... Die Entdeckung der Kinder psychisch kranker Eltern als betroffene Angehörige	Fachartikel	Etwas alter Artikel, gibt Übersicht über ganze Problematik	*
		Zeitschrift für Soziologie der Erziehung und Sozialisation			- Cina Annette & Bodenmann Guy, 2009, Zusammenhang zwischen Stress der Eltern und kindlichem Problemverhalten	Fachartikel	Systemischer Ansatz der gegenseitigen Stressbegünstigung, Forschungsarbeit	**
		Psychosozial			-Bauer, Ullrich; Heitmann, Dieter; Reinisch, Anke & Schmuhl, Miriam (2010). Welche Belastungen erfahren Kinder psychisch kranker Eltern	Fachartikel	Aktuell, Schwerpunkt: Gesundheit in schwierigen Lebenslagen	*
					-Klein Uwe, 2005, Klinische Sozialarbeit. Die Kunst psychosozialen Helfens	Fachartikel	Ev. für Handlungsfelder	---

2.9.11	20'	Petermann	Nebis Fachzeitschrift Kindheit und Entwicklung	Renommee des Autors	-Petermann, Franz & Schmidt Martin H., 2009	Fachartikel	Aktuelle Kontroverse. Ressourcenorientierte Diagnostik	---
					-Petermann, Ulrike & Petermann, Franz 2006, Erziehungskompetenz	Fachartikel	Grafische Übersicht, mangelnde Erziehungskomponenten	***
					-Franz, Matthias; Petermann, Franz & Petermann, Ulrike, 2010, Erziehungskompetenz und Elterntaining		Aufzeigen der Erziehungskompetenz	**
27.9.11		UN-Kinderrechtskonvention	Google	Renommee der Quelle	UN-Kinderrechtskonvention 1989, http://kinderschutz.ch/cmsn/files/2010_Kinderrechte.pdf	Vereinbarung	Übereinkommen über die Rechte des Kindes. Von der Schweiz mit fünf Vorbehalten ratifiziert am 24. Februar 1997. Stand: 8. April 2010	***
6.10.11		Grawe	Nebis Autor	Hinweis aus Modul 345	Grawe Klaus, 2004, Neuropsychotherapie	Monographie	Bedürfnisdefinition, Bedürfnisse, Motivation	*

- **Frage 5: Handlungswissen:** Wie und unter welchen Rahmenbedingungen wird mit minderjährigen Kindern psychisch kranker Eltern, die sich in stationären Therapien befinden, kommuniziert?
- **Was beinhaltet professionelles Handeln der Sozialen Arbeit im Kontext von psychisch beeinträchtigten, hospitalisierten Eltern und ihrer minderjährigen Kindern?**

Datum	Zeit	Suchbegriff	Suchinstrument	Auswahlkriterium	aufbewahrtes Dokument	Quellentyp	Inhalt	Relevanz
4.4.11	10'	Zivilrechtlicher Kinderschutz	Nebis	Renommee des Autors	-Voll Peter, 2008, Zivilrechtlicher Kinderschutz -Das Zusammenspiel von Eltern, SA und Behörden. Ergebnisse aus den Fallanalysen	Buch	Akteure, Prozesse, Strukturen.	--- ---

4.4.11	10'	Kindeswohl	Nebis	Angemessenheit, Renommee des Autors Kindler Renommee einzelner Autoren	- Galm, Beate; Hess, Katja & Kindler, Heinz (2010). Kindesvernachlässigung – verstehen, erkennen, helfen - Claudia Kaufmann, 2003, Kindeswohl: eine interdisziplinäre Sicht. Inversini, Martin	Buch Aufsatzsammlung	Kindeswohl und Kindswille- psychologische und rechtliche Aspekte Zivilrechtlicher Kinderschutz	** ---
6.4.11	20'	Gespräch & Kind Gespräch & Kind & Methode	Nebis	Zu viele Treffer Angemessenheit, Aktualität	-Delfos, Martine F., 2008, Sag mir mal....Gesprächsführung mit Kindern. (4-12 Jahren) -Delfos, Martine F., 2008, Wie meinst du das? Gesprächsführung mit Jugendlichen. (13-18 Jahren)	Monographie Monographie	entwicklungsspezifische Aspekte, Vorschläge der Gesprächsführung für 4-12 Jahre alte Kinder Vorschläge der Gesprächsführung mit Teenager von 13-18 Jahren	Zuerst hoch, dann verworfen
6.4.11	20'	Schwierige Gespräche Schwierige Gesprächsführung	Nebis	zu unspezifische Treffer Bezug zur Profession	-Jacob, Gitta et al. 2009, Schwierige Gesprächsführungssituationen in Psychiatrie und Psychotherapie		Gespräche Arzt mit Patient. Keine Gespräch mit Angehörigen, keine Sicht von SA	---
6.4.11	10'	SIM	Nebis	Renommee der Autorin	-SIM-ein integratives Modell für die Soziale Arbeit. Cassée, K. Los-Schneider et al.	Hochschule für Soziale Arbeit Zürich.	Zürcher Beiträge zur Theorie und Praxis Sozialer Arbeit	*
4.4.11	10'	Soziale Arbeit in der Schweiz	Nebis	Renommee der Autorin	-Benz Bartolette et al. Soziale Arbeit in der Schweiz.	Sammelwerk	Irrelevant für unsere Arbeit	---
21.4.11	30'	Schone & Wagenblass	Springerlink	Renommee der Autoren, Aktualität	-S. Kluth, K. Stern, J. Trebes und H.-J. Freyberger, 2010 -Maywald Jörg, 2009, Kinder kranker Eltern, Hilfebedarf und Hilfemöglichkeiten bei Kindern als Angehörige -A. Schaub & R. Frank, 2010, Sprechstunde für Kinder psychisch kranker Eltern, Monatsschrift Kinderheilkunde	Studie	Psychisch kranke jugendliche und erwachsene Mütter im Vergleich Erste Ergebnisse aus dem Modellprojekt „Chancen für Kinder psychisch kranker und/oder suchtbelasteter Eltern“ Auf Deutschland bezogen, kostenpflichtig Nicht auf HSLU aufgeschaltet, kostenpflichtig	--- --- ---
21.4.11	15'	Schaub & Frank & Sprechstunde & psychisch Krank	Google	Renommee der Quelle	-A. Schaub & R. Frank, 2010, http://www.springerlink.com/content/k211g378121qv5r6/	Artikel	Zusammenfassung von Artikel Sprechstunde für Kinder psychisch kranker Eltern	*

25.4.11	10'	Autorin	Nebis		-Kitty Cassée. Kompetenzorientierung, 2007	Buch	Arbeitsfeld von Kitty Cassée kennenlernen -> ev. zuziehen für Expertengespräch. Gibt gut Entwicklungsstufen an, Lerntheorien aufgeführt Ein möglicher methodischer Ansatz für BA bei Case Management/Handlung	**
31.5.11	20'	Autor	Nebis	Empfehlung von Marius Metzger, 1. Fachpoolgespräch	Steinhausen, Christoph. Kinder- und Jugendpsychiatrie	Buch	Gibt Überblick über normale Entwicklungsstufen und Auswirkungen auf das Kind	**
10.6.11	40'	Schweizer Zeitschrift für Soziale Arbeit Klinische Sozialarbeit Unsere Jugend	Handsuche Mediothek FHNW, Fachzeitschriften	Angemessenheit, Aktualität, Handlungsansätze	Dos Santos-Stubbe Chirly. 2006 von Martine F. Delfos: „Sag mir mal.....“ -Klein Uwe, 2010, „Eltern und Kinder im Mittelpunkt“ -Engelhardt Emily, 2010, Kids-hotline.de	Rezension	Gesprächsführung mit Kindern (4-12 Jahre) Eine Konzeption zur Beratung und Begleitung psychisch kranker und suchtkranker Eltern mit Kindern unter 18 Jahren Onlineberatung für junge Menschen bis 21 Jahre. Hilfe im Netz für Jugendliche und Eltern	Zuerst hoch, d. verworfen * *
22.8.11	20	Autor Petermann und Petermann Erziehungskompetenz	Internet	Renommee der Autoren	http://www.hogrefe.de/zeitschriften/kindheit-und-entwicklung/themenhefte-sonderbeitraege/	Seite mit vielen Fachartikeln	Geniale Seite, aktuelle Themen, renommierte Autoren und Autorinnen	***
23.8.11	30'	Kindler et al	Googel	Verweis aus Jacob & Wahlen	Kindler et al, Handbuch der Kindswohlfährdung, 2007 http://213.133.108.158/asd/index.htm	Sammelwerk	Was ist bei der Einschätzung der Erziehungsfähigkeit der Eltern zu beachten? Kindliche Bedürfnisse	**
20.9.11	5'		Eigenbestand	Handsuche	Kinderschutz Schweiz, 2002, Zeigen Sie Stärke: Keine Gewalt an Kindern!	Broschüre	Gewaltfreie Erziehung	*
20.9.11	10'	Soziale Arbeit & Psychiatrie	Google	Bezug zur Profession	Hierlemann, Franz (ohne Datum) Soziale Arbeit in der Psychiatrie. Eine Herausforderung für die Interprofessionalität http://www.avenirsocial.ch/sozialaktuell/sozial_aktuell_6910_6915.pdf	Fachartikel	Spezifisch auf SA in der Psychiatrie, Probleme und Chancen	**

22.9.11	10'		Eigenbestand	Handsuche	-Häfeli Christoph, 2005, Wegleitung für vormundschaftliche Organe -Koch Selma, 2010, Krise, Krisenintervention	Fachbuch Skript	Rechtliche Grundlagen im Vormundschaftsrecht Unterrichtsskript	*** *
26.9.11	20'	Soziale Arbeit UND Psychiatrie	Nebis	Inhaltliche Differenziertheit, Aktualität	-Bosshard, Marianne; Ebert, Ursula; Lazarus, Horst (2010). Soziale Arbeit in der Psychiatrie. Lehrbuch -Gahleitner, Silke Birgitta, 2010, Klinische Sozialarbeit	Lehrbuch Sammelwerk	-Arbeitsfelder, Interdisziplinarität etc. -Hilfe für Betroffene, aber auch Resilienz. Forschung und Praxis	** **
1.10.11	10'		Eigenbestand	Handsuche	Weber Esther, 2003, Beratungsmethodik in der Sozialarbeit	Monographie	Unterrichtskonzept der Beratungsmethodik, Fragestellung, Hypothesen etc.	***
1.10.11	10'		Eigenbestand	Handsuche	-Brühwiler Urban,; Kunz, Daniel; Schmocker, Beat & Solèr Maria, 2011, Einführung in allgemein erklärende und normative Handlungstheorien -Fuchs, Ursula, 2009, Funktion und Aufgaben von Beratung in der Sozialarbeit.	Skript	Unveröffentlichtes Unterrichtsskript. Hochschule Luzern – Soziale Arbeit Unveröffentlichtes Unterrichtsskript. Hochschule Luzern Soziale Arbeit.	*** *
3.10.11	5'	Obrecht	Nebis	Bezug zur Profession	Obrecht Werner, 2001, Das Systemtheoretische Paradigma der Disziplin und der Profession der Sozialen Arbeit. Zürcher Beiträge zur Theorie und Praxis Sozialer Arbeit	Monographie	Zürcher Beiträge zur Theorie und Praxis Sozialer Arbeit Grundlage des Luzerner Handlungsmodells	**
3.10.11	10'	Theorien Soziale Arbeit	Nebis	Bezug zur Profession, Renommee des Autors	Engelke Ernst, 2002, Theorien der Sozialen Arbeit. Eine Einführung.	Monographie	Fundamente der Sozialen Arbeit	**
18.10.	10'	International Federation of Social Workers	Google	Renommee der Quelle	International Federation of Social Workers, IFSW, 2000, http://www.avenirsocial.ch/cm_data/DefSozArbeitIFSWIASSW.pdf	Manual	In deutsche übersetzte Berufsgrundsätze Sozialer Arbeit	***

27.10	15'	Soziale Arbeit & Psychiatrie & Handlungstheorie	Google	Angemessenheit	Rüegger, Cornelia (2011). Die soziale Dimension psychischer Krankheit und Gesundheit http://www.fhnw.ch/ppt/content/pub/soziale-dimension-psychischer-krankheit/masterthesis	Masterthesis FHNW	Eine handlungstheoretische Wissensbasis der klinischen Sozialen Arbeit in der Psychiatrie	*
27.10	5'		Eigenbestand	Handsuche	Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz, 2010	Berufsverband	Ein Argumentarium für die Praxis der Professionellen	***
27.10	5'		Eigenbestand	Handsuche	Kähler Harro Dietrich, 2005, Erstgespräch in der sozialen Einzelhilfe		Grundlagen der Gesprächsführung	*
27.10	5'		Eigenbestand	Handsuche	ZGB, Schweizerisches Zivilgesetzbuch	Gesetz	Rechtliche Grundlage	***