

Vera Egli

Lea Kühni

Erziehungsfähigkeit von einem depressiv erkrankten Elternteil stärken und fördern



Bachelor-Thesis zum Erwerb des
Bachelor-Diploms in Sozialer Arbeit

Berner Fachhochschule

Soziale Arbeit

Abstract

In der Schweiz leiden mehr als 8% der Eltern an mittleren bis schweren Depressionssymptomen. Diese Symptome können einen Einfluss auf die Erziehungsfähigkeit des erkrankten Elternteils haben und das Familiensystem belasten. Eltern und ihre Kinder können im konkreten Familienalltag durch die Sozialpädagogische Familienbegleitung, welche ein etabliertes Angebot der Sozialen Arbeit darstellt, bezüglich ihren Problemlagen begleitet, unterstützt und beraten werden. Es stellt sich die Frage:

Wie wirkt sich eine depressive Erkrankung eines Elternteils auf dessen Erziehungsfähigkeit aus und welche Unterstützung kann die Sozialpädagogische Familienbegleitung zur Stärkung der familiären Ressourcen diesbezüglich bieten?

Die Fragestellung wird mittels Literaturrecherche bearbeitet. Zunächst wird der Begriff Erziehungsfähigkeit und dessen unterschiedliche Aspekte beleuchtet. Danach wird die psychische Störung Depression dargestellt, um im Anschluss die Auswirkungen einer depressiven Erkrankung auf die Erziehungsfähigkeit sowie die kindliche Entwicklung aufzeigen zu können. Die Autorinnen stellen darauffolgend die Kompetenzorientierte Familienarbeit, die Systemische Interaktionstherapie sowie das Hometreatment als Methoden der Sozialpädagogischen Familienbegleitung vor und erörtern Verfahren und Techniken dieser, welche sich eignen, um Ressourcen einer Familie mit einem depressiv erkrankten Elternteil zu stärken. Die genannten Themen Erziehungsfähigkeit, Depression und Sozialpädagogische Familienbegleitung werden mithilfe des Systemischen Entwicklungsmodells nach Guralnick fortlaufend miteinander verknüpft, womit die unterschiedlichen Einflüsse auf das Familiensystem aufgezeigt werden.

Schlussfolgernd stellen die Autorinnen fest, dass keine allgemein gültige Aussage zur Auswirkung einer Depression auf die Erziehungsfähigkeit gemacht werden kann. Wie sich eine Depression auswirkt, ist von zahlreichen Faktoren (z.B. Intensität der Depression, Ressourcen der Familie, Resilienz) abhängig. Weiter kann in der vorliegenden Arbeit aufgezeigt werden, dass Sozialpädagogische Familienbegleitung eine Vielzahl an Verfahren und Techniken bereithält, um die Erziehungsfähigkeit depressiv erkrankter Eltern zu erhalten, zu fördern oder wiederherzustellen sowie die familiären Ressourcen zu stärken. Beispielsweise kann dies durch Aktivierung sozialer Netzwerke, Einübung neuer Verhaltensweisen durch Rollenspiele oder Stärkung der Kommunikationsfähigkeit in der Familie geschehen.

Fachwissen über die Depression und deren Auswirkungen, Methodenwissen sowie eine professionelle Haltung ermöglichen Fachpersonen der Sozialen Arbeit eine situationsgerechte Unterstützung betroffener Familien. Die Autorinnen schlussfolgern als zentrale Erkenntnis der vorliegenden Arbeit, dass jede Familie mit einem depressiv erkrankten Elternteil mit ihren Risiko- und Schutzfaktoren individuell in ihrer Umwelt betrachtet werden muss, um sie entsprechend den erkannten Bedürfnissen unterstützen zu können.

Erziehungsfähigkeit von einem depressiv erkrankten Elternteil stärken und fördern

Bachelor-Thesis zum Erwerb
des Bachelor-Diploms in Sozialer Arbeit

Berner Fachhochschule
Soziale Arbeit

Vorgelegt von

Vera Egli

Lea Kühni

Bern, Mai 2021

Gutachterin: Janine Lüscher, MSc Soziale Arbeit

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	6
1.1	Ausgangslage	6
1.2	Fragestellung	7
1.3	Ziel der vorliegenden Bachelorarbeit und Berufsrelevanz.....	9
1.4	Methodisches Vorgehen.....	10
1.5	Forschungsstand zur Fragestellung	11
2	Erziehungsfähigkeit.....	13
2.1	Definition Erziehungsfähigkeit	13
2.2	Kindliche Grundbedürfnisse	15
2.3	Einflussfaktoren der kindlichen Entwicklung	17
2.4	Systemisches Entwicklungsmodell nach Guralnick	18
2.4.1	Entwicklungsstand des Kindes	20
2.4.2	Familiäre Interaktionsmuster und elterliche Kompetenzen	24
2.4.3	Familienressourcen	27
2.5	Elterliche Aufgaben je nach Alter und Entwicklungsstand des Kindes	29
2.6	Erziehungsstile.....	32
2.7	Erziehungsfähigkeitseinschätzung	34
3	Depression und Elternsein	39
3.1	Major Depression	39
3.1.1	Definition und Symptomatik.....	39
3.1.2	Prävalenz	40
3.1.3	Ätiologie	41
3.1.4	Verlauf	42
3.1.5	Risiko- und Schutzfaktoren	42
3.1.6	Komorbidität.....	43
3.1.7	Behandlung.....	43
3.1.8	Spezialfall: Postpartale Depression	44

3.2	Auswirkungen der Depression auf die Erziehungsfähigkeit und die Entwicklung der Kinder	44
3.2.1	Auswirkungen der Depression nach Altersstufen	45
3.2.2	Altersübergreifende Auswirkungen einer Depression	55
3.3	Bedürfnisse der Eltern und Kinder bezüglich der depressiven Erkrankung.....	57
3.3.1	Bedürfnisse der Eltern bezüglich einer depressiven Erkrankung	58
3.3.2	Bedürfnisse der Kinder bezüglich der depressiven elterlichen Erkrankung.....	59
3.4	Weitere Belastungen.....	61
3.5	Familiäre Krankheitsbewältigung.....	62
3.5.1	Stressbewältigung.....	62
3.5.2	Resilienz	65
3.5.3	Kindeswohlgefährdung.....	68
3.5.4	Kindeschutz.....	72
3.6	Verknüpfung der elterlichen Depression mit dem Systemischen Entwicklungsmodell	74
4	Sozialpädagogische Familienbegleitung (SPF)	76
4.1	Schwerpunkte des Handlungsfelds SPF.....	76
4.1.1	Auftrag und Zielgruppe.....	76
4.1.2	Arbeits- und Handlungsprinzipien.....	77
4.1.3	Zugang.....	78
4.1.4	Finanzierung	79
4.2	Zusammenarbeit zwischen Familienbegleitenden und Familien	79
4.3	Zentrale Arbeitsmethoden, um die Erziehungsfähigkeit und familiären Ressourcen zu stärken.....	83
4.3.1	Kompetenzorientierte Familienarbeit (KOFA)	84
4.3.2	Systemische Interaktionstherapie (SIT).....	93
4.3.3	Hometreatment	100
4.3.4	Methodenunspezifische Vorgehensweisen.....	103
4.4	Interdisziplinäre Zusammenarbeit.....	106
4.5	Verknüpfung der SPF mit dem Systemischen Entwicklungsmodell	108

5	Fazit	109
5.1	Diskussion der Fragestellung	109
5.2	Schlussfolgerungen für die Praxis der Sozialen Arbeit	115
5.3	Weiterführende Gedanken	116
6	Literaturverzeichnis	118

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1. Eigene Darstellung des Systemischen Entwicklungsmodells	18
Abbildung 2. Ebene Entwicklungsstand.....	20
Abbildung 3. Ebene Familiäre Interaktionsmuster / elterliche Kompetenzen.....	24
Abbildung 4. Ebene Familienressourcen	27
Abbildung 5. Einflussfaktoren der Kindesbedürfnisse	32
Abbildung 6. Erziehungsstile	33
Abbildung 7. Einschätzung der Erziehungsfähigkeit	35
Abbildung 8. Überprüfung der Erziehungsfähigkeit.....	37
Abbildung 9. Konzeptuelles Ätiologiemodell der Depression	41
Abbildung 10. Beispiel einer Netzwerkkarte.....	88
Abbildung 11. Techniken für das Erlernen von Fähigkeiten	90
Abbildung 12. Kooperationspartner mit Blick auf die Kinder oder Erwachsenen	107

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1. Entwicklungsaufgaben und elterliche Anforderungen für das Alter von 0 bis 3 Jahren.	45
Tabelle 2. Entwicklungsaufgaben und elterliche Anforderungen für das Alter von 4 bis 12 Jahren.	48
Tabelle 3. Entwicklungsaufgaben und elterliche Anforderungen für das Alter von 13 bis 20 Jahren.	52
Tabelle 4. Resilienzfördernde Schutzfaktoren und entwicklungsbeeinträchtigende Risikofaktoren von Kindern.	66

1 Einleitung

Während der praktischen Arbeit in sozialpädagogischen Handlungsfeldern der Sozialen Arbeit sind die Autorinnen der vorliegenden Bachelorthesis Kindern begegnet, deren Eltern an einer psychischen Störung erkrankt sind. Dabei konnten sie feststellen, dass die Entwicklung der Kinder teilweise durch die elterliche Erkrankung beeinträchtigt wurde. Die Autorinnen haben sich die Frage gestellt, wie Fachpersonen der Sozialen Arbeit die betroffenen Familien unterstützen und dadurch eine positive Entwicklung der Kinder fördern können. Sie gehen davon aus, dass die Stärkung der Erziehungsfähigkeit des betroffenen Elternteils einen positiven Einfluss auf die Entwicklung der Kinder zur Folge haben kann.

1.1 Ausgangslage

Die Depression ist in der Schweizer Bevölkerung die häufigste psychische Störung (Bundesamt für Statistik, 2020). In der Schweiz erkrankt gemäss Schuler, Tuch und Peter (2020) in der gesamten Lebensdauer etwa jede dritte Person an einer Depression (S. 33). Da die depressive Erkrankung somit eine hohe Prävalenz hat und die Autorinnen dieser schon mehrfach im privaten wie im beruflichen Kontext begegnet sind, werden sie sich in der Bachelorthesis mit dieser auseinandersetzen.

Gemäss Lenz (2014) haben psychisch erkrankte Personen durchschnittlich eine ähnliche Anzahl Kinder wie psychisch gesunde Personen (S. 62). Psychische Erkrankungen werden heute als «Familienkrankheiten» (Bauer, Reinisch & Schmuhi, 2012, S. 7) angesehen, da daraus folgende Belastungen meist einen Einfluss auf die anderen Familienmitglieder haben (ebd.). Die Belastungen sowie emotional-kognitive Einschränkungen, welche oftmals mit einer akuten Episode der Krankheit auftreten, kombiniert mit herausfordernden familiären Umständen, führen bei betroffenen Elternteilen häufig zu starken Beeinträchtigungen der Erziehungsfähigkeit (Lenz, 2014, S. 299). Je nach psychischer Erkrankung zeigen sich unterschiedliche Auswirkungen auf die Elternrolle (Schrappe, 2018, S. 50).

Der Literatur kann entnommen werden, dass für Kinder, welche einen psychisch erkrankten Elternteil haben, eine höhere Wahrscheinlichkeit besteht, später selbst eine psychische Störung zu entwickeln (Griepenstroh, Heitmann & Hermeling, 2012, S. 23).

Im Fachdiskurs wird daher der Fokus vielfach auf die Kinder psychisch erkrankter Eltern gelegt. Durch die Einführung der systemischen Familientherapie in den 1980er Jahren wurde der Grundstein dazu gelegt, dass Einzelpersonen nicht nur isoliert betrachtet werden sollen, sondern die gesamte Familie systemrelevant ist und Belastungen zu bewältigen sowie Kompetenzen zu entwickeln hat (Schrappe, 2018, S. 10). Um eine professionelle Hilfe zu gewährleisten, ist es also angezeigt, mit allen Familienmitgliedern zusammenzuarbeiten, die Ressourcen der

Familie zu stärken sowie gegebenenfalls das soziale Umfeld zur Unterstützung einzubeziehen (Bauer, Reinisch & Schmuhl, 2012, S. 8).

In der vorliegenden Arbeit wird daher der Fokus zu Beginn auf den an einer Depression erkrankten Elternteil und dessen Erziehungsfähigkeit gelegt. Im Laufe der Arbeit weitet sich der Fokus auf die gesamte Familie aus, wodurch auch das Kind einbezogen wird. Die Autorinnen möchten weder die Eltern noch das Kind isoliert betrachten, sondern das ganze Familiensystem wahrnehmen.

In Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil ist es gemäss Lenz (2014) besonders wichtig, die Erziehungsfähigkeit zu stärken und zu fördern (S. 299). Wenn die Familie frühzeitig angepasste Unterstützung erhält, können die Folgen der psychischen Störung begrenzt und ausgeglichen werden. Dabei spielt auch das soziale Umfeld eine entscheidende Rolle. Um das Kindeswohl zu gewährleisten und behördliche Massnahmen zu vermeiden, können Dienste der Kinder- und Jugendhilfe die Eltern in der Erziehung stützen (Schrappe, 2018, S. 18).

Eine besonders intensive Begleitung wird durch die Sozialpädagogische Familienbegleitung gewährleistet. Fachpersonen der Sozialen Arbeit begleiten die Eltern innerhalb der Familie und bearbeiten gemeinsam mit ihnen unterschiedliche familiäre Problemlagen. Dabei sollen die Eltern unter anderem in der Erziehung gestärkt und befähigt werden. Ziel ist die Wahrung und Förderung des Kindeswohls (AvenirSocial & Fachverband Sozialpädagogische Familienbegleitung [SPF], 2017, S. 2).

1.2 Fragestellung

Um zu untersuchen, wie Fachpersonen der Sozialen Arbeit die Ressourcen der Familie in Bezug auf die Depression und deren Auswirkungen stärken und fördern können, ergibt sich folgende Fragestellung:

Wie wirkt sich eine depressive Erkrankung eines Elternteils auf dessen Erziehungsfähigkeit aus und welche Unterstützung kann die Sozialpädagogische Familienbegleitung zur Stärkung der familiären Ressourcen diesbezüglich bieten?

In der Bearbeitung der Fragestellung sind die Themen Familie und Depression zentral. Daher soll zu Beginn kurz umrissen werden, was damit gemeint ist und was in dieser Arbeit nicht bearbeitet wird. Die Erziehungsfähigkeit, als weiterer wichtiger Begriff in der Arbeit, wird im Kapitel 2.1 genauer beleuchtet.

Familie

Familie wird nachfolgend als «mehrgeneratives System bestehend aus Eltern und Kindern» (Lenz, 2008, S. 70) verstanden. Dazu gehören die einzelnen Familienmitglieder, die Familie

als Gesamtsystem sowie die einzelnen Subsysteme (S. 70).

Hinsichtlich der Definition ist eine systemische Betrachtung angezeigt. Die Grundannahme in der systemischen Arbeitsweise ist, dass besser verstanden werden kann, wie Menschen fühlen, denken und sich verhalten, wenn sie als Teil eines sozialen Systems, also im Kontext betrachtet werden (Wolf, 2015, S. 159). Denn die Elemente des sozialen Systems interagieren miteinander und sind voneinander abhängig (Hosemann & Geiling, 2005, S. 16). Zudem wird davon ausgegangen, dass ein System sich selbst erhalten und erneuern kann (Autopoiese) (Kleve, 2010, S. 166).

In der vorliegenden Arbeit wird hauptsächlich auf die Familie als Gesamtsystem und die Subsysteme Elternteil-Kind und Eltern-Kind eingegangen. Der Begriff «Kind» bezeichnet, wenn nicht anders erwähnt, eine Person zwischen 0-17 Jahren. Das Paar- und Geschwister-System wird lediglich am Rande behandelt, da es hauptsächlich um die Interaktionen zwischen spezifischen Elternteilen und dem einzelnen Kind geht. Zudem werden keine Ausweitungen des familiären Systems auf die Grosseltern gemacht.

In der Arbeit wird, wenn nicht anders gekennzeichnet, von einer Situation ausgegangen in der:

- beide Elternteile mit mindestens einem minderjährigen Kind im selben Haushalt leben (Kernfamilie), da diese Familienform die häufigste der Schweizer Bevölkerung darstellt (Bundesamt für Statistik, 2017, S. 13) und
- nur ein Elternteil an einer Depression leidet.

Auf Adoption, gleichgeschlechtliche Paare, Alleinerziehende oder Patchworkfamilie wird nicht spezifisch eingegangen, da Ausführungen dazu den Rahmen der Arbeit sprengen würden.

Depression

Eine Depression ist eine psychische Erkrankung. Die Begriffe psychische Erkrankung und psychische Störung werden in der vorliegenden Arbeit synonym verwendet und in Kapitel 3.1 kurz aufgegriffen.

Es gibt verschiedene Depressionsformen, wie beispielsweise die Dysthymie (chronisch depressive Verstimmung) oder die saisonal bedingte Depression. Aufgrund der hohen Prävalenz fokussiert sich die vorliegende Arbeit, wenn nicht anders erwähnt, auf die Major Depression. Diese wird in Kapitel 3.1 ausgeführt. Wenn im Folgenden der Begriff «Depression» genannt wird, ist die Major Depression gemeint.

Aufgrund von Geschlechterrollenerwartungen zeigen sich gemäss Zülke et al. (2018) vermehrt bei Männern atypische Symptome wie Aggression, erhöhtes Risikoverhalten oder vermehrter Alkoholkonsum, was dazu führen kann, dass eine Depression nicht erkannt wird (S. 185). Diese Symptome werden in der vorliegenden Arbeit nicht bearbeitet, da sich die Autorinnen auf die Zusammenarbeit mit Personen einschränken, welche die in Kapitel 3.1.1 beschriebenen Symptome einer Depression nach ICD-10 (Klassifikationssystem für medizinische

Diagnosen der Weltgesundheitsorganisation) über einen längeren Zeitraum aufweisen. Eine Diagnose muss zudem nicht zwingend vorliegen.

Obschon sich die Autorinnen nachfolgend nicht auf atypische Symptome fokussieren, regen sie dazu an, in der Praxis sensibel und aufmerksam auf solche Symptome zu achten.

Da der Fokus dieser Arbeit auf der Stärkung der familiären Ressourcen liegt, wird auf Begleiterkrankungen sowie Suizidalität des betroffenen Elternteils nur stellenweise eingegangen.

1.3 Ziel der vorliegenden Bachelorarbeit und Berufsrelevanz

Die vorliegende Arbeit hat unter anderem zum Ziel den Leserinnen und Lesern Wissen über Elternsein mit einer depressiven Erkrankung zu vermitteln, damit Irrtümer berichtigt werden können und somit ein Beitrag zur Entstigmatisierung geleistet werden kann (vgl. Howard & Underdown, 2011, S. 13). Um Menschen, welche an einer Depression leiden, adäquat zu unterstützen, bedarf es krankheitsspezifisches Wissen seitens der Fachpersonen. Dieses fehlt jedoch in der Praxis oftmals (Rehder, 2016, S. 333). Die Autorinnen der vorliegenden Arbeit gehen zudem davon aus, dass Kenntnisse zu den möglichen Auswirkungen einer Depression auf die Erziehungsfähigkeit, die Entwicklung eines Kindes und das gesamte Familiensystem relevant für die Zusammenarbeit mit betroffenen Familien sind. Die vorliegende Arbeit soll Fachpersonen der Sozialen Arbeit eine Auseinandersetzung mit diesen Themen ermöglichen.

Um die Berufsrelevanz der vorliegenden Arbeit zusätzlich zu verdeutlichen, beziehen sich die Autorinnen auf den Berufskodex des Berufsverbandes der Sozialen Arbeit (AvenirSocial, 2010). In diesem wurde im ersten Abschnitt der Definition Sozialer Arbeit folgendes festgehalten: «Die Profession Soziale Arbeit fördert den sozialen Wandel, Problemlösungen in zwischenmenschlichen Beziehungen sowie die Ermächtigung und Befreiung von Menschen mit dem Ziel, das Wohlbefinden der einzelnen Menschen anzuheben.» (S. 9)

Zumal sich eine psychische Erkrankung eines Elternteils auf das ganze Familiensystem auswirkt, liegt der Fokus darauf, betroffene Eltern zu befähigen und in ihrer Erziehungsfähigkeit zu unterstützen. Die vorliegende Arbeit fokussiert besonders Problemlösungen innerhalb der Beziehungen in Familien mit einem depressiv erkrankten Elternteil sowie die Ermächtigung dieser Familien. Sie hat zum Ziel, diesbezügliche Zusammenhänge in der Problementstehung aufzuzeigen, darzulegen wie insbesondere die Eltern-Kind-Beziehung durch Fachpersonen der Sozialen Arbeit gefördert werden kann sowie zu erläutern, wie betroffene Familien ermächtigt und gestärkt werden können.

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit den Interventionen der Sozialen Arbeit auf der mikrosozialen Ebene, auf welcher die Interaktion mit den Betroffenen und ihrem Umfeld stattfindet (vgl. AvenirSocial, 2014, S. 2).

1.4 Methodisches Vorgehen

Die Fragestellung wird mittels systematischer Literaturrecherche bearbeitet. Somit werden bestehende Überlegungen und Erkenntnisse beigezogen und weiterentwickelt. Nach der Einleitung und Begründung der Fragestellung starten die Autorinnen mit Ausführungen zu den Begriffen Erziehung, Erziehungsfähigkeit und elterliche Kompetenzen. Dabei zeigt sich, dass das Erziehungsverhalten auf die Entwicklungsprozesse eines Kindes einwirkt. Wovon Entwicklung abhängt, wird im Anschluss mithilfe eines Systemmodells genauer dargestellt, denn die Erziehungsfähigkeit kann nicht losgelöst von systemischen Einflüssen betrachtet werden. Nachdem die Themen Entwicklungsaufgaben und Bindung innerhalb des Modells verortet sind, folgen Ausführungen dazu, welche Anforderungen sich durch das dargelegte Wissen für die Eltern ergeben. Anschliessend wird aufgezeigt, welche Kriterien erfüllt sein müssen, damit Eltern aus Sicht der richterlichen Praxis als erziehungsfähig eingeschätzt werden.

Um die Frage zu beantworten, wie sich eine Depression auf die Erziehungsfähigkeit des erkrankten Elternteils auswirkt, folgt zunächst eine Auseinandersetzung mit den Symptomen und deren Auswirkungen. Anschliessend werden die Kapitel zur Depression und zur Erziehungsfähigkeit verknüpft und Schlussfolgerungen gezogen, welchen Einfluss die Depression auf die Erziehungsfähigkeit sowie auf die Entwicklung des Kindes haben kann. Weiter wird Literatur beigezogen, in welcher beschrieben wird, was Eltern und Kinder in dieser herausfordernden Situation brauchen und wie sie die Krankheit familiär bewältigen können. Da durch eine elterliche Depression die Bedürfnisse des Kindes nicht immer befriedigt werden können, kann eine Kindeswohlgefährdung nicht ausgeschlossen werden. Welche Kriterien hierzu gelten und welche kindeschutzbehördlichen Massnahmen erfolgen können, wird kurz ausgeführt. Der Schwerpunkt liegt jedoch auf der Sozialpädagogischen Familienbegleitung (SPF). Das Ziel ist, die Entwicklung des Kindes zu fördern, eine Fremdplatzierung zu vermeiden und die Ressourcen der Familie dementsprechend zu stärken. Wie dies Fachpersonen der Sozialen Arbeit in der SPF gelingen kann, wird anhand der Betrachtung ausgewählter Arbeitsmethoden festgestellt und gegebenenfalls ergänzt.

Anschliessend wird die Fragestellung der vorliegenden Arbeit beantwortet. Die Autorinnen ziehen zum einen Bilanz und erörtern, wie sich eine depressive Erkrankung eines Elternteils auf die Erziehungsfähigkeit auswirken kann, zum anderen halten sie fest, welche Erkenntnisse sie hinsichtlich der Stärkung der familiären Ressourcen durch die SPF erhalten haben und was dies für die Praxis der Sozialen Arbeit bedeutet.

1.5 Forschungsstand zur Fragestellung

Laut einer Schweizer Studie aus dem Jahr 2017 leiden 8 % der befragten Eltern an mittleren bis schweren Depressionssymptomen. Es ist jedoch anzunehmen, dass die Prävalenzrate höher ist, da Eltern mit einer starken psychischen Belastung kaum an Umfragen teilnehmen (Bachmann, Meyer & Zumbrunn, 2020, S. 46). In Schätzungen wird angenommen, dass in der Schweiz 20'000 bis 50'000 Kinder einen Elternteil haben, der an einer psychischen Krankheit leidet. Werden Berechnungen aus Deutschland auf die Schweiz übertragen, würde dies 300'000 betroffene Kinder ergeben (Albermann & Müller, 2016, S. 4).

Die Auswirkungen einer elterlichen depressiven Erkrankung auf die Kinder ist gemäss Wiegand-Grefe, Geers und Petermann (2011) gut erforscht (S. 149). Dazu bieten unter anderem Lenz (2014), Mattejat (2014), Plass und Wiegand-Grefe (2012), Pretis und Dimova (2016), Ramsauer (2011) sowie Reck et al. (2001) Hinweise. Diese werden in Kapitel 3.2 ausführlich dargestellt.

Den Autorinnen fällt auf, dass der Fokus in der Fachliteratur meist auf der Unterstützung betroffener Kinder liegt und weniger auf der Erziehungsfähigkeit von Elternteilen mit einer psychischen Erkrankung. Einige Autoren befassten sich dennoch mit dieser Thematik. Auf diese werden sich die Autorinnen der vorliegenden Arbeit stützen: Schrappe (2018) diskutiert elterliche Kompetenzen im Zusammenhang mit einer psychischen Erkrankung und ebenso das Thema, was Eltern und Kinder brauchen, wenn ein Elternteil an einer psychischen Störung leidet.

Ludewig, Baumer, Salzgeber, Häfeli und Albermann (2015) stellen aus richterlicher Sicht dar, wie die Erziehungsfähigkeit psychisch kranker Eltern einzuschätzen sei. Zudem thematisiert Plattner (2017d) im Herausgeberwerk die Auswirkungen häufiger psychischer Erkrankungen auf die Erziehungsfähigkeit und Hilfestellungen für deren Einschätzung. Auch Salzgeber (2020) widmet sich der Thematik Erziehungsfähigkeit und bringt diese mit einer elterlichen depressiven Erkrankung in Verbindung.

Gutmann (2017) bezieht sich auf das etwas ältere Werk von Hell (1982), welches aufzeigt, dass eine deutliche bis ausgeprägte Beeinträchtigung der Erziehungsfähigkeit bei 11 % der Eltern mit einer depressiven Erkrankung vorliegt. Gutmann schlussfolgert, dass viele Elternteile mit einer psychischen Erkrankung ihren Kindern eine adäquate Erziehung bieten können, dennoch eine grosse Anzahl Eltern Unterstützung in der Erziehung ihrer Kinder benötigen (S. 15-16).

Hinsichtlich der Unterstützung durch die SPF führt Gut (2014) aus, dass eine Reihe von Konzepten, Modellen und methodischen Handlungsanleitungen entwickelt wurde (S. 25). Eine Methode, die sich spezifisch der Stärkung der Erziehungsfähigkeit von Eltern mit einer depressiven Erkrankung widmet, konnten die Autorinnen nicht ausfindig machen. Sie gehen vielmehr davon aus, dass, wie Gut (2014) weiter schreibt, die Vielfältigkeit der Methoden jene der

Familien widerspiegelt (S. 25). Rhyner (2017) bestätigt diese Aussage insofern, dass eine breite Methodenkompetenz in der SPF erforderlich sei. Die Methoden seien auf die Familien und ihre Problematiken anzupassen (S. 33).

Die Ausführungen zeigen die Relevanz für die Fragestellung der vorliegenden Arbeit auf. Um Antworten auf diese zu finden, wird zu Beginn der Begriff «Erziehungsfähigkeit» definiert und ausgeführt, was dies konkret für Eltern bedeutet.

2 Erziehungsfähigkeit

Wie es der Begriff Erziehungsfähigkeit vermuten lässt, geht es um die Fähigkeit zur Erziehung, weshalb zuerst einige grundlegende Ausführungen zu Erziehung gemacht werden. Danach folgt die Definition des Begriffs. Dabei wird aufgezeigt, über welche Kompetenzen Eltern verfügen müssen, um als erziehungsfähig zu gelten und anschliessend, welche kindlichen Grundbedürfnisse zentral sind. Da Erziehungsfähigkeit eng mit Entwicklungsprozessen des Kindes verbunden ist, werden diese sowie die Aufgaben, welche sich dadurch für die Eltern ergeben und ihre Erziehungsstile im Anschluss betrachtet. Abschliessend erfolgt die Ausführung, wann ein Elternteil aus richterlicher Sicht als erziehungsfähig beurteilt wird.

Erziehung

Wenn Eltern und Kind zusammenleben, «geschieht» Erziehung (Salzgeber, 2020, S. 510). Diese wird von Brezinka (1990) als «Handlungen bezeichnet, durch die Menschen versuchen, die Persönlichkeit anderer Menschen in irgendeiner Hinsicht zu fördern» (S. 95). Erziehung wird beeinflusst durch die Persönlichkeitsmerkmale der Eltern (auch genetisch bedingt), ihr Erziehungsverhalten in der Versorgung des Kindes (Erziehungsstile), ihre Korrekturfähigkeit bezüglich eigener Fehler sowie durch das familiäre Klima. Zudem spielen charakterliche Eigenschaften des Kindes (z.B. Temperament) eine Rolle (Salzgeber, 2020, S. 510).

Weiter ist der Kontext zu beachten, in dem sich das Erziehungsverhalten abspielt. So haben kulturelle, gesellschaftliche und finanzielle Bedingungen, die Qualität einer Partnerschaft sowie die soziale Unterstützung des Umfelds einen Einfluss auf die Erziehung (ebd.). Salzgeber (2020) beschreibt Erziehungsverhalten zusammenfassend als «ein komplexes Interaktionsgeschehen zwischen zwei Individuen mit unterschiedlichen Ausgangslagen» (S. 510). Die Fähigkeit zur Erziehung ist gemäss Lenz (2008) wichtig, um die Bedürfnisse des Kindes zu befriedigen und seine gesunde Entwicklung zu fördern (S. 113).

Der Begriff Erziehungsfähigkeit taucht oftmals in psychologischen Gutachten der Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde auf. Die Erziehungsfähigkeit muss beispielsweise bei einem Elternteil mit einer psychischen Erkrankung überprüft werden, wenn der Verdacht auf eine Kindeswohlgefährdung besteht oder bei einer Trennung oder Scheidung die elterliche Sorge zu regeln ist (Ludewig et al., 2015, S. 566).

Im folgenden Kapitel wird die Erziehungsfähigkeit definiert und genauer betrachtet.

2.1 Definition Erziehungsfähigkeit

Gemäss Salzgeber (2020) besteht für den Begriff Erziehungsfähigkeit im Rahmen von familienpsychologischen Fragestellungen keine einheitliche Verwendung. So könne Erziehungsfähigkeit als die höchste Anforderung an die Fähigkeiten der Eltern zur aktiven Betreuung ihrer

Kinder verstanden werden, aber auch als Mindestanforderung, die ausreicht, um eine Kindeswohlgefährdung zu verhindern (S. 511).

Salzgeber definiert Erziehungsfähigkeit als «die grundlegende Fähigkeit oder Bereitschaft eines Elternteils (. . .), die emotionalen und körperlichen Bedürfnisse eines Kindes zu erkennen, es angemessen zu versorgen, zu betreuen und entsprechend erzieherisch auf die vom Kind signalisierten oder altersentsprechend anstehenden Bedürfnisse einzugehen (Gewährleistung grundlegender materieller, physischer und sozialer Sicherheit)» (S. 512).

Ähnlich bezeichnen auch Petermann und Petermann (2006) die Erziehungsfähigkeit als «eine optimale Passung zwischen den altersgemässen Bedürfnissen des Kindes und der Gestaltung der kindlichen Umwelt durch die Eltern» (S. 1).

Grundlegend ist, dass Erziehungsfähigkeit einhergeht mit der Erfüllung von kindlichen Bedürfnissen durch einen Elternteil. Dafür benötigen Eltern verschiedene Fähigkeiten. So werden folgende Kompetenzen bei der Überprüfung der Erziehungsfähigkeit eines Elternteils qualitativ und quantitativ untersucht:

- Inwiefern der Elternteil fähig und bereit ist, für das Kind als Bindungsperson zur Verfügung zu stehen (Schwabe-Höllein & Kindler, 2006, S. 146; Steinmetz & Lewand, 2004, S. 286).
- Inwiefern der Elternteil die Fähigkeit hat zu erkennen, welche Bedürfnisse das Kind hat und adäquat darauf reagieren kann (ebd.).
- Inwiefern der Elternteil fähig ist, Werte und Regeln weiterzugeben (ebd.).
- Inwiefern der Elternteil die Fähigkeit hat, das Kind wertzuschätzen und es nicht abzulehnen (ebd.).
- Inwiefern der Elternteil die Fähigkeit hat, in der Erziehung, im Umfeld wie auch in der Beziehung Kontinuität zu gewährleisten (ebd.).
- Inwiefern der Elternteil fähig ist, für körperliche Versorgung und Schutz zu sorgen (Salzgeber, 2020, S. 511).
- Inwiefern der Elternteil die Fähigkeit hat, das Kind in seiner Entwicklung zu fördern (ebd.).

Schneewind (2010) ordnet diese und weitere elterliche Kompetenzen in vier Gruppen:

- **Selbstbezogenen Kompetenzen:** Aneignung von Wissen über Entwicklung und Kindererziehung, eigene Wertvorstellungen klären, Entwicklungsziele für das Kind festlegen, Emotionsregulation, Flexibilität und Fehler einsehen können.
- **Kindbezogenen Kompetenzen:** Wertschätzung zeigen, empathisch sein, die Persönlichkeitsentwicklung des Kindes fördern, Freiräume gewähren und Grenzen setzen.
- **Kontextbezogenen Kompetenzen:** Entwicklungsfördernde Erlebnisse anbieten (z.B. Zoobesuch), Massnahmen für vorhersehbare herausfordernde Situationen ergreifen

(z.B. lange Autofahrt) und positive ausserfamiliäre Aktivitäten fördern (z.B. Sportgruppe).

- **Handlungsbezogenen Kompetenzen:** Selbstwirksamkeitserwartung, Regeln durchsetzen und konsequent sein, den Kindern Verantwortung für ihr Handeln übertragen und je nach Situation gezielt nicht eingreifen, elterliches Verhalten dem Entwicklungsstand des Kindes anpassen sowie die eigene Position behalten. (S. 179-180)

Unter dem Begriff Erziehungsfähigkeit werden somit mehrere Aspekte zusammengefasst, welche für die Entwicklung eines Kindes förderlich sind. Die Autorinnen gehen davon aus, dass sämtliche elterlichen Kompetenzen wichtig sind, um das Wohlbefinden des Kindes zu gewährleisten. Sie erachten jedoch die selbstbezogenen Kompetenzen als grundlegend, da sie annehmen, dass Erziehung gelingen kann, wenn sich die Eltern stetig informieren und reflektieren. Weiter erachten die Autorinnen die Fähigkeit, dass die altersgemässen emotionalen und körperlichen Bedürfnisse eines Kindes erkannt und befriedigt werden als zentral, da diese Fähigkeit fast alle weitergenannten Aspekte beinhaltet. Denn wie im nächsten Kapitel ausgeführt wird, sind beispielsweise Bindung, Sicherheit und Kontrolle Grundbedürfnisse eines Kindes.

2.2 Kindliche Grundbedürfnisse

Gemäss Ludewig et al. (2015) ist eine zentrale Voraussetzung für das Kindeswohl, dass die Grundbedürfnisse eines Kindes befriedigt sind (S. 571).

Grundbedürfnisse werden je nach Wissenschaft und Hintergrundtheorie unterschiedlich verstanden, wodurch keine einheitliche Definition oder Aufzählung besteht. Die Autorinnen beziehen sich zunächst auf die psychischen Grundbedürfnisse nach Klaus Grawe (2004). Er untersuchte die Auswirkung von unerfüllten Grundbedürfnissen auf die psychische Gesundheit und arbeitete vier psychische Grundbedürfnisse heraus (S. 192). Danach werden weitere zentrale Grundbedürfnisse von Kindern nach Dettenborn (2010) ausgeführt.

Bindung

Das Bedürfnis nach Nähe, Sicherheit und Bindung zu einer emotional wichtigen Person ist bei allen Menschen ausgeprägt (Grawe, 2004, S. 192). Besonders bei Neugeborenen und Kleinkindern ist dieses Bedürfnis stark. Es hat sich gezeigt, dass für die Entwicklung und das Verhalten eines Kindes die Bindungsqualität der ersten Beziehungen zu den Eltern und anderen Bezugspersonen von grosser Bedeutung ist. So können negative (Bindungs-)Erfahrungen wie Ablehnung, Vernachlässigung und Missachtung der Bezugsperson dazu führen, dass die Fähigkeit zur Bindung und die psychische Gesundheit eines Kindes beeinträchtigt wird (Jungbauer, 2017, S. 32).

Kontrolle und Orientierung

Neben dem Bedürfnis nach Nähe haben Kinder das Bedürfnis, ihre Umwelt zu entdecken. Sie streben nach Autonomie und Kontrolle und wollen ihr Leben mitbeeinflussen können. Wenn dies gelingt, wird die Selbstwirksamkeitserwartung gesteigert. Die Kontrolle zu haben, gibt zudem Sicherheit und Orientierung (Grawe, 2004, S. 231-232).

Das Bedürfnis nach Kontrolle und Orientierung zeigt sich bei Kindern auch in dem Wunsch die Entscheidungen und Handlungen der Eltern nachvollziehen und in einem bestimmten Mass vorhersehen zu können. Wenn die Bezugsperson jedoch unberechenbar auftritt, erfährt das Kind diesbezüglich wenig Orientierung und Sicherheit (S. 237). Zur Erfüllung dieses Grundbedürfnisses dienen Familienregeln und wiederkehrende Rituale (Jungbauer, 2017, S. 32).

Lustbefriedigung und Unlustvermeidung

Das Bedürfnis, anregende und erfreuliche Dinge zu erfahren und weniger Erfreuliches zu meiden hat jeder Mensch. Welche Ereignisse Lust oder Unlust bereiten, ist jedoch subjektiv und kann kaum objektiv bewertet werden (Grawe, 2004, S. 262).

Selbstwerterhöhung und Anerkennung

Menschen möchten sich selbst positiv wahrnehmen und sich von anderen geliebt fühlen (Grawe, 2004, S. 250). Um dieses Bedürfnis von Kindern zu befriedigen, ist es wichtig, dass ihre Bezugspersonen ihnen bedingungslose Wertschätzung und Anerkennung entgegenbringen. Dadurch ist es möglich, dass Kinder und Jugendliche ein positives Selbstwertgefühl entwickeln. Wenn dies gelingt, steigert sich das Wohlbefinden und wirkt sich positiv auf die psychische Gesundheit aus. Kritik, Ignoranz oder Abwertung durch die Bezugspersonen führen hingegen zu einer Selbstwertminderung und verursachen oft psychische Störungen (z.B. Ängste oder Depressionen) (S. 252-254).

Ernährung, Versorgung, Gesundheit, Sicherheit und Bildung

Ergänzend zu Grawe zeigt Dettenborn (2010) mit seiner Aufzählung der Grundbedürfnisse von Kindern zunächst ähnliche Bereiche auf: «Stabile Bindung», «Regeln und Erfahrungen» und «Zuwendung und Liebe». Er weist jedoch auch auf die biologischen Grundbedürfnisse wie «Ernährung und Versorgung» hin sowie auf «Erhalt der Gesundheit», «Sicherheit bzw. Schutz vor Gefahren» und «Bildung bzw. Vermittlung von Wissen» (S. 52-54).

Die Autorinnen schlussfolgern, dass für eine gesunde Entwicklung diverse Bedürfnisse altersübergreifend relevant sind. Die Aufzählung zu den elterlichen Kompetenzen (vgl. Kap. 2.1) stimmt fast gänzlich mit der Auflistung der Grundbedürfnisse nach Grawe sowie Dettenborn überein. Wenn die in Kapitel 2.1 ausgeführten elterlichen Kompetenzen vorhanden sind, kann davon ausgegangen werden, dass entscheidende Grundbedürfnisse des Kindes erfüllt werden.

Die genannten Grundbedürfnisse nach Grawe (2004) sind für die vorliegende Arbeit relevant, da eine unbefriedigende Erfüllung dieser vier psychischen Grundbedürfnisse zur Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit, des Wohlbefindens und der Entwicklung von Kindern führt (S. 185). Von welchen Einflüssen eine gesunde Entwicklung ausserdem abhängig ist, wird im nächsten Kapitel erläutert.

2.3 Einflussfaktoren der kindlichen Entwicklung

Durch Erziehung werden Entwicklungsprozesse beeinflusst (Jungbauer, 2017, S. 12). Wie bereits ausgeführt, tragen vorhandene elterliche Kompetenzen zur gelingenden Entwicklung eines Kindes bei. Um Erziehungsfähigkeit in einen Gesamtkontext einzubetten, wird in diesem Kapitel ausgeführt, welche Aspekte die Entwicklung eines Kindes prägen.

Im Rahmen der Entwicklungspsychologie wird beobachtet, welche Bedingungen für Kinder förderlich sind, um gut zu lernen, eine sichere emotionale Bindung aufzubauen, ein positives Selbstwertgefühl zu erlangen und moralische Ansichten zu entwickeln (Jungbauer, 2017, S. 12-13). Entwicklung wird als langfristiger Prozess bezeichnet, in dem das Zusammenspiel von Lern- und Reifungsprozessen zentral ist. Gemäss Jungbauer wird die Entwicklung eines Kindes von drei Aspekte geprägt: von der genetischen Grundausstattung (Anlage), der Umwelt (materielle und soziale Situation) und dem eigenen aktiven Einfluss zur Entwicklung (S. 9). Anlage und Umwelt interagieren miteinander, was bedeutet, dass sich die genetischen Entwicklungspotentiale erst durch vorhandene Umweltbedingungen entfalten können. Es ist jedoch davon auszugehen, dass genetische Faktoren begrenzend auf den möglichen Einfluss der Umwelt wirken können. Trotzdem ist eine Umwelt, welche reich an Anregungen ist, förderlich für die Entwicklung von Kindern (S. 18).

Neben Anlage und Umwelt wird davon ausgegangen, dass Kinder aktiv zur eigenen Entwicklung beitragen. Dies zeigt sich darin, dass sie von Beginn an Interesse für bestimmte Dinge und Aktivitäten zeigen. Durch die Interessen steigt die Motivation, die eigene Umwelt gezielter zu erkunden und sich in Situationen zu begeben, welche interessant scheinen (S. 19). Kinder beginnen zudem etwa ab dem Grundschulalter damit, eigene Entwicklungsziele zu realisieren. Sie setzen sich eigene Ziele, welche sie verfolgen und sich dadurch entwickeln (z.B. tägliches Training, um Fussballprofi zu werden oder ausdauerndes Lernen, um einen guten Schulabschluss zu machen). Damit Kinder ihre Entwicklung aktiv mitgestalten können, benötigen sie das Wissen, wie sie die selbstauferlegte Aufgabe bewältigen können, jedoch auch die Zuversicht, dies aus eigener Kraft zu schaffen (Selbstwirksamkeitsüberzeugung) (ebd.).

Bei Kindern, welche einen psychisch erkrankten Elternteil haben, besteht oftmals eine erbliche Vulnerabilität. Es ist daher sinnvoll, die Umweltfaktoren genauer anzuschauen, belastende

Faktoren zu vermindern und positive, entwicklungsfördernde Einflüsse wie auch die individuellen Kompetenzen eines Kindes zu stärken (Lenz & Brockmann, 2013, S. 25).

Dies greift auch das Modell von Guralnick (2011) auf, welches im nachfolgenden Kapitel beschrieben wird.

2.4 Systemisches Entwicklungsmodell nach Guralnick

Da in der vorliegenden Arbeit die Familie als System definiert wurde, erachten die Autorinnen ein systemisches Modell als geeignet, um das komplexe Zusammenspiel der verschiedenen Einflüsse und Faktoren der Entwicklung aufzuzeigen. Zudem kann die Erziehungsfähigkeit aus ihrer Sicht nicht losgelöst von systemischen Einflüssen betrachtet werden.

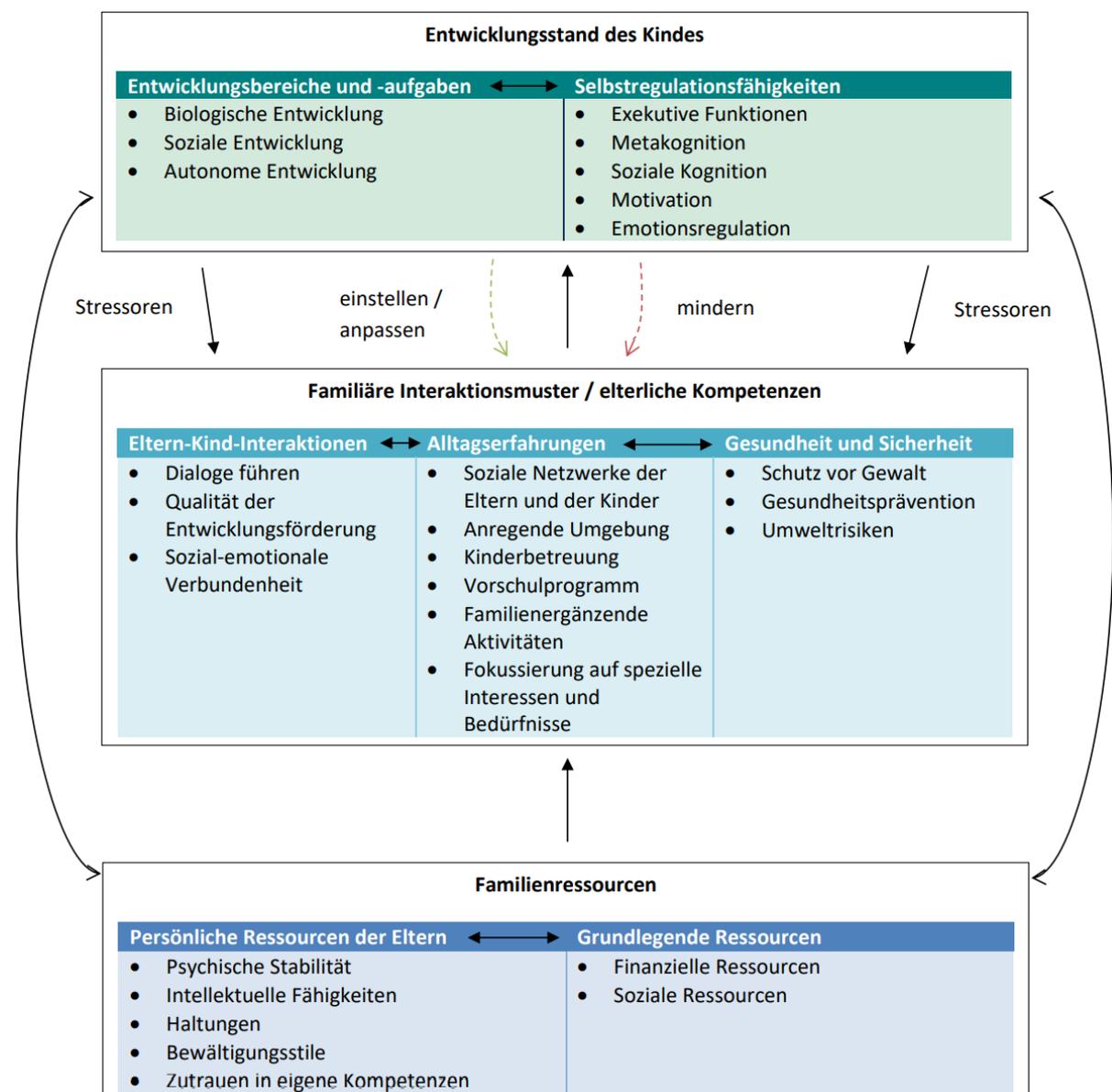


Abbildung 1. Eigene Darstellung des Systemischen Entwicklungsmodells. Nach Guralnick, 2011.

In diesem Kapitel wird das Systemische Entwicklungsmodell von Guralnick (2011) beigezogen (vgl. Abb. 1¹). Das Modell ist fest in der Entwicklungswissenschaft verankert und beachtet, dass biologische Mechanismen mit Umweltereignissen interagieren und damit die Entwicklung beeinflussen (S. 7). Ergänzend zu anderen Modellen ist das Ziel dieses Modells die Mechanismen zu verstehen, die an der Förderung der Entwicklung eines Kindes und seiner Familie beteiligt sind. Das Modell fokussiert sich auf die frühe Förderung (S. 8) und somit auf jüngere Kinder. In der vorliegenden Arbeit liegt der Fokus auf Familien mit Kindern aller Entwicklungsstufen. Die Autorinnen sind der Ansicht, dass das Modell für unterschiedliche Altersstufen anwendbar ist und werden daher Bezüge zu den verschiedenen Anforderungen herstellen.

Da das Modell die Entwicklungszusammenhänge bei biologischen wie auch bei sozialen Entwicklungsrisiken darstellt (S. 7), gehen die Autorinnen davon aus, dass durch das Modell Bezüge zum Einfluss einer Depression hergeleitet werden können.

Das Modell betrachtet die Einflüsse auf die kindliche Entwicklung auf drei Ebenen, welche voneinander abhängig sind und zusammenhängend betrachtet werden müssen. Auf der **ersten** Ebene werden die Entwicklungsbereiche und -aufgaben sowie die Selbstregulationsfähigkeiten eines Kindes genannt, wobei der Fokus auf der Entwicklung und Erweiterung von sozialen und kognitiven Kompetenzen liegt (Guralnick, 2011, S. 8).

Die **zweite** Ebene verortet familiäre Interaktionsmuster, wobei die Eltern-Kind-Interaktion und die Alltagserfahrungen besonders relevant sind. Die Interaktionsmuster hängen von diversen Faktoren ab. Beispielsweise hat die Anpassung der Familie an das Kind mit seinen Entwicklungs- und Verhaltensmerkmalen einen entscheidenden Einfluss auf die optimale Entwicklung des Kindes. Die Eltern passen ihre Interaktionsmuster anhand des Entwicklungsstandes des Kindes an. Dieser hat somit eine anpassende Wirkung auf das Familiensystem (dargestellt durch den grünen Pfeil). Das Modell stellt jedoch auch den potenziell mindernden Einfluss der Merkmale eines Kindes auf die Familienmuster dar (dargestellt durch den roten Pfeil) (S. 8). (Beispiel der Autorinnen: Die Motivation und Charaktereigenschaften eines Kindes beeinflussen, ob es sich in bestimmten Bereichen fördern lassen möchte: Wenn die Eltern gerne wandern, mag dies für ein Kind als anregend und lehrreich erlebt werden, während ein anderes Kind diese Erlebnisse negativ beurteilt).

Zudem muss beachtet werden, dass ähnliche familiäre Interaktionsmuster unterschiedliche Auswirkungen auf Kinder mit unterschiedlichen Charaktereigenschaften haben können. Durch die Umwelteinflüsse und Interaktionen wird die Entwicklung der sozialen und kognitiven Kompetenzen von Kindern beeinflusst (Pfeil nach oben) (S. 8).

¹ Die Autorinnen haben folgende Änderungen am Modell nach Guralnick (2011) vorgenommen: Erweiterung der Entwicklungsaufgaben auf alle Altersstufen, Ergänzung der «elterlichen Kompetenzen» auf der Ebene der Interaktionsmuster und die Ergänzung der Wechselwirkung der seitlichen Pfeile (Stressoren), da die Autorinnen annehmen, dass sich Stressoren auf beide Ebenen auswirken. Begründungen für die beiden erstgenannten Änderungen folgen im Fliesstext.

Nach Ansicht der Autorinnen werden in den drei Bereichen auf dieser Ebene die Bedürfnisse des Kindes berücksichtigt, weshalb ein Bezug zur Erziehungsfähigkeit gemacht werden kann. Die elterlichen Kompetenzen werden daher auf dieser Ebene verortet.

Als **dritte** und letzte Ebene nennt Guralnick (2011) die Familienressourcen. Sie beeinflussen die Interaktionsmuster und stehen optimalerweise zahlreich zur Verfügung. Dazu gehören die persönlichen sowie die sozialen und materiellen Ressourcen der Eltern (S. 8).

Im Modell werden zudem Stressoren dargestellt, welche auf der Ebene des Entwicklungsstandes oder aufgrund begrenzter Familienressourcen entstehen und sich auf die Interaktionsmuster auswirken können. Diese gilt es zu erkennen (S. 11).

Die Autorinnen stellen fest, dass die Umwelteinflüsse im Modell grafisch nicht dargestellt werden. Nach ihrem Verständnis sind Umwelteinflüsse auf den Ebenen Entwicklungsstand und Familienressourcen verortet und wirken von dort aus auf die anderen Ebenen.

Zusammenfassend zeigt das Systemische Entwicklungsmodell also auf, wie die biologische Entwicklung mit den Verhaltensmustern einer Familie sowie mit den persönlichen und materiellen Ressourcen in Verbindung stehen, sowie auch wechselseitig voneinander abhängig sind (S. 6).

Die einzelnen Ebenen werden nun etwas differenzierter betrachtet. So kann besser nachvollzogen werden, wo mögliche Ressourcen und Stressoren eruiert werden können.

2.4.1 Entwicklungsstand des Kindes



Abbildung 2. Ebene Entwicklungsstand. Nach Guralnick, 2011, S. 10.

Wie in Kapitel 2.3 erwähnt, können Kinder ihre Entwicklung aktiv beeinflussen, indem sie sich Ziele setzen und diese verfolgen. Guralnick (2011) betont hierzu, dass die verknüpften Bereiche der Entwicklung und der Selbstregulation auf der Ebene des Entwicklungsstands (vgl. Abb. 2) aktiviert werden, wenn Kinder versuchen spezifische Ziele zu erreichen (S. 10).

Entwicklungsbereiche und -aufgaben

Zu den Entwicklungsbereichen gehören gemäss dem Systemischen Entwicklungsmodell nach Guralnick (2011) die Fähigkeiten und Kenntnisse in der kognitiven, sprachlichen, motorischen, sozialemotionalen und sensomotorisch-perzeptiven Entwicklung (S. 10). Diese Aufzählung

bezieht sich auf Kleinkinder. Da in der vorliegenden Arbeit auch Schulkinder und Jugendliche einbezogen werden, haben die Autorinnen diesen Bereich mit den Entwicklungsaufgaben verschiedener Altersstufen erweitert. Um etwas näher auf die Entwicklungsschritte in den verschiedenen Lebensphasen einzugehen, folgen nun Ausführungen zu den Entwicklungsaufgaben.

Das Konzept der Entwicklungsaufgaben wurde durch Robert J. Havighurst (1956) entwickelt. Entwicklungsaufgaben sind Herausforderungen und Probleme, welche in einem Lebensabschnitt eines Individuums auftreten und erfolgreich bewältigt werden sollten (S. 215). Diese Aufgaben werden in drei Gruppen unterteilt, zu welchen Greve und Thomsen (2019) Beispiele ausführen: biologische Entwicklungsaufgaben (z.B. Veränderungen in der Pubertät), soziale Entwicklungsaufgaben (Anforderungen sowie Erwartungen der Gesellschaft wie z.B. «trocken werden») und autonome Entwicklungsaufgaben (eigene Wünsche und Ziele wie z.B. Selbstständigkeit im Beruf) (S. 24). Es gibt zudem non-normative Entwicklungsaufgaben, wozu beispielsweise die psychische Erkrankung eines Elternteils gehört. Hierbei ist der Umgang mit dem Krankheitsbild, dessen Auswirkungen und gegebenenfalls damit verbundene Ängste und Isolation relevant. Solche Aufgaben können Risikofaktoren für die Bewältigung von normativen Entwicklungsaufgaben darstellen (Cassée, 2019b, S. 393).

Durch nichtgelöste Entwicklungsaufgaben können die Nachfolgenden gefährdet werden. Wenn jemand beispielsweise keine Lehrstelle findet, könnte dies die finanzielle Unabhängigkeit gefährden. Wenn Entwicklungsaufgaben hingegen erfolgreich bewältigt werden, wird dies von der Gesellschaft mit Achtung belohnt. Dies wird als entwicklungsfördernd angeschaut (Greve & Thomsen, 2019, S. 24).

Es wird ersichtlich, dass Entwicklungsaufgaben abhängig von den Normen und Werten der aktuellen Gesellschaft sind. Gewisse Entwicklungsaufgaben haben in unterschiedlichen kulturellen Kontexten eine weniger zentrale Bedeutung (S. 29). Da sich die Gesellschaft stetig im Wandel befindet, zitieren die Autorinnen der vorliegenden Arbeit mit Kitty Cassée (2019b) nachfolgend eine aktuelle Quelle zu den Entwicklungsaufgaben.

0-6 Jahre

Im Alter von 0-6 Jahren entwickelt sich ein Kind in den folgend genannten Bereichen. Die Meisten zählt auch Guralnick im Systemischen Entwicklungsmodell auf. Zu jedem Bereich werden nun einige veranschaulichende Beispiele erwähnt.

- *Bindung*: Bindungsbeziehung(en) zu Bezugsperson(en) herstellen und erhalten
- *Reinlichkeitsentwicklung*: Schlaf-Wach-Rhythmus, Ausscheidung kontrollieren und sauber werden
- *Haltungs- und Bewegungssteuerung*: Kopf heben, krabbeln, später dann Dreirad und Fahrrad fahren, Ball fangen und Treppen steigen

- *Fein- und Visuomotorik*: gezieltes Greifen, mit Besteck essen und Kreis zeichnen
- *Sprachentwicklung*: Wörter imitieren, Zweiwortsätze und Geschichten erzählen
- *Kognitive Entwicklung*: auf Geräusche reagieren, Formen zuordnen, Puzzle lösen, Rollenspiele und detailreich zeichnen
- *Emotionale Entwicklung*: Ausdruck von Freude, Überraschung, Interesse, Trauer, Angst, Ärger und Ekel, auf Lob und Ermahnung reagieren, Gefühle anderer erkennen, empathisch sein, Emotionen regulieren und Gefühle ausdrücken
- *Soziale Entwicklung*: Blickkontakt, Aufforderungen befolgen, helfen wollen, Eigensinn zeigen, Grenzen akzeptieren und die Wünsche von anderen Kindern beachten
- *Werte- und Normsystem entwickeln*: Regeln und Vorgaben von aussen akzeptieren und Konfliktbewältigung schulen (Cassée, 2019b, S. 381-384)

7-12 Jahre

Die zentrale Entwicklungsaufgabe in diesem Alter ist der Schuleintritt. Die vorherig genannten Entwicklungsaufgaben sollten optimalerweise bewältigt worden sein, damit die Anforderungen der Schule erfüllt werden können. Es ergeben sich Aufgaben, wie die *Integration in die Schulklasse* und das *Aufbauen von Freundschaften*. Hierbei ist die Fähigkeit zentral, sich einfügen zu können, Kompromisse zu finden, aber auch eigene Wünsche und Ideen zu äussern sowie sich durchzusetzen.

Zunehmend soll das Kind das eigene Verhalten selbständig als richtig oder falsch beurteilen können und nicht von Bestrafung oder Ablehnung der Umwelt abhängig machen (*moralisches Urteils- und Normgefühl*). Gleichzeitig gilt es *Regeln und Erwartungen von Autoritäten* (Personen und Instanzen) zu akzeptieren und einen Umgang damit zu finden. Das Kind soll eine gute *Körperbeherrschung* erlangen und die eigene *Leistungsbereitschaft* (weiter)entwickeln, wozu Konzentration, Ausdauer und Selbständigkeit gehören. Zudem lernt es *zentrale Kulturtechniken* wie bspw. Schreiben, Rechnen, Lesen und Allgemeinbildung. Motorische Fähigkeiten müssen für Anforderungen der Schule wie Schreiben und Werken weiterentwickelt werden. Das Kind soll neben den Aufgaben in der Schule lernen, seine *Freizeit aktiv zu gestalten* (Cassée, 2019b, S. 385-387).

13-20 Jahre

In dieser Phase gibt es zahlreiche Entwicklungsaufgaben, welche die Entwicklung der Identität fördern. Dazu gehört beispielsweise die *Bewältigung schulischer Aufgaben*, wobei aufgrund des Individualisierungsschubs in der Pubertät vielfach eine kritische Haltung gegenüber Strukturen besteht. Weiter steht die *Berufswahl* an, in welcher die Jugendlichen für ihre Zukunft die Verantwortung übernehmen sollen. Unterstützend für die *Ablösung des Elternhauses* sind *Freundschaften* innerhalb der Peergruppe. Zudem können in Peergruppen neue Rollen ausprobiert werden.

In dieser Altersspanne wird die *eigene Sexualität* entdeckt und intime Beziehungen werden

eingegangen. Zudem soll der sich *verändernde Körper* akzeptiert und die eigene Geschlechtsrolle individuell ausgefüllt werden. Weiter gilt es ein *verantwortungsbewusstes Konsumverhalten* zu entwickeln, auch im Umgang mit Medien und Suchtmitteln.

Jugendliche setzen sich mit dem *Umgang mit Autoritätspersonen und Instanzen* auseinander und bauen ihr *eigenes Wertesystem* auf. Schliesslich sollen sie *alltägliche Anforderungen bewältigen* können, ein *tragfähiges soziales Netz* aufbauen und *Zukunftsaussichten entwickeln* (Cassée, 2019b, S. 388-392).

Die Entwicklung ist, wie nun ersichtlich wurde, zu Beginn hauptsächlich biologisch und mit zunehmendem Alter vermehrt sozial und autonom (Greve & Thomsen, 2019, S. 28). Nähere Ausführungen zu den Entwicklungsaufgaben folgen im Kapitel 2.5, in welchem die diesbezüglichen Erziehungsaufgaben der Eltern ausgeführt werden.

Selbstregulationsfähigkeiten / Prozesse

Die Entwicklungsschritte werden gemäss Guralnick (2011) durch übergreifende Schlüsselkompetenzen wie Eigeninitiative, Selbstregulation und Handlungssteuerung umgesetzt (S. 9-10).

Dazu gehören:

- Exekutive Funktionen: Diese steuern die Gedanken, die Handlungsplanung und -ausführung sowie die Emotionen (Lohaus & Glüer, 2016, S. 3).
- Metakognition: Betont das Bewusstsein und das Wissen über aufgabenrelevante Problemlösestrategien und unterstützt die Zielsetzung und deren Planung (Lohaus & Glüer, 2016, S. 9).
- Soziale Kognition: Bezeichnet die Art, wie eine Person soziale Informationen interpretiert, verwendet und welche Reaktionen darauf folgen (Guralnick, 2011, S. 10).
- Motivation: Sämtliche Motive und Faktoren, die eine Entscheidung, Handlung oder Ähnliches beeinflussen wie auch bewirken (Duden, 2021).
- Emotionsregulation: Prozess, in dem Emotionen bewertet und Strategien gesucht werden, um diese zu intensivieren oder abzuschwächen. Zudem kann eine Emotionsregulation durch die Veränderung der Kognition oder des Verhaltens bewirkt werden (Lohaus & Glüer, 2016, S. 4).

Guralnick (2011) betont, dass auf der Ebene des Entwicklungsstandes die einzelnen Faktoren in den Entwicklungsbereichen wie auch in den Selbstregulationsprozessen Risiko- oder Schutzfaktoren darstellen können. Eine Einschätzung dieser Bereiche liefert nicht nur Informationen über den aktuellen Entwicklungsstand eines Kindes, sondern dient auch dazu, Bereiche mit besonderen Herausforderungen zu erkennen. Diesbezüglich müssen die Interaktionsmuster einer Familie möglicherweise angepasst werden, um die Entwicklung des Kindes zu optimieren (S. 11).

2.4.2 Familiäre Interaktionsmuster und elterliche Kompetenzen

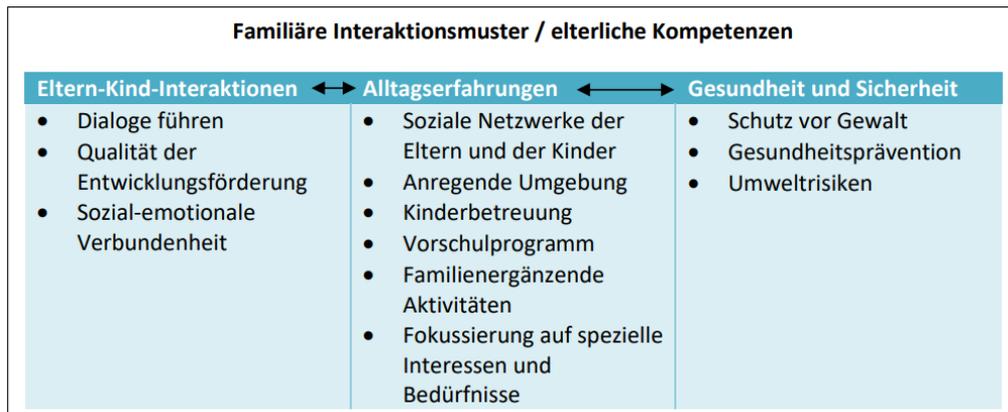


Abbildung 3. Ebene Familiäre Interaktionsmuster / elterliche Kompetenzen. Nach Guralnick, 2011, S. 12.

Wie bereits erwähnt, verorten die Autorinnen die Kompetenzen, welche bei Eltern zur Einschätzung der Erziehungsfähigkeit beurteilt werden, auf der Ebene der familiären Interaktionsmuster (vgl. Abb. 3). Die Eltern sollten ihre Interaktionsmuster dem Entwicklungsstand des Kindes anpassen und die vorhandenen Familienressourcen einsetzen, um eine optimale Entwicklung des Kindes zu fördern (Guralnick, 2011, S. 15).

Eltern-Kind-Interaktionen

Folgend werden die Schlüsselkompetenzen für die Eltern-Kind-Interaktionen zur Förderung der sozialen und kognitiven Kompetenz von Kindern genannt:

Dialoge führen

Zwischen den Eltern und dem Kind finden, oftmals im Kontext von Familienroutinen, Kommunikationsprozesse statt. Es handelt sich dabei um einen Austausch sowie um Diskussionen. In diesem Kontext können die Eltern die Kenntnisse und Interessen ihres Kindes einschätzen, aber auch eigenes Wissen an die Kinder weitergeben. Diese Dialoge dienen zudem dazu, die Bedürfnisse von Kindern zu erkennen (Guralnick, 2011, S. 12).

Qualität der Entwicklungsförderung

Wenn ein Kind Schwierigkeiten bei einer Aufgabe hat, sollen Eltern auf eine einfühlsame und unaufdringliche Art ihre Unterstützung anbieten. So können Wissen und Fähigkeiten des Kindes erweitert und neue Lösungen verinnerlicht werden. Dies führt zu mehr Selbständigkeit (Guralnick, 2011, S. 13).

Sozial-emotionale Verbundenheit

Schliesslich schaffen spezifische Formen von sensiblen, responsiven und affektiv warmen Interaktionen der Eltern, die über die Zeit hinweg bestehen und in verschiedenen Kontexten deutlich werden, den dritten Beziehungsprozess: die sozial-emotionale Verbundenheit. Hierzu gehört auch der Aspekt der Bindung (Guralnick, 2011, S. 13).

Die Entwicklung einer Bindung eines Kindes zu seinen Bezugspersonen startet im ersten Lebensjahr. Bindung kann als Vertrauensaspekt der Eltern-Kind-Beziehung beschrieben werden (Plattner, 2017c, S. 21-22). Ein Kind bindet sich meist an seine Eltern. Es kann sich jedoch auch an eine andere Person binden, welche es über eine längere Zeit versorgt (z.B. Grossvater oder Tagesmutter) (Jungbauer, 2017, S. 57). Die sichere Bindung ist für die psychosoziale und emotionale Entwicklung eines Kindes entscheidend und ein zentraler Schutzfaktor (Plattner, 2017c, S. 22).

Bindung entwickelt sich, wenn eine Interaktion zwischen Eltern und Kind stattfindet, in welcher das Kind Bindungsverhalten zeigt (z.B. schreien, weinen, lächeln, Blickkontakt, zappeln) und die Bindungsperson mit Fürsorgeverhalten darauf reagiert (z.B. füttern, wiegen, beruhigen, Windeln wechseln) (Jungbauer, 2017, S. 58). Dadurch werden die Bedürfnisse des Kindes befriedigt und es erfährt emotionale und physische Nähe und Sicherheit. Die Bindungserfahrungen, welche Kinder mit den Eltern machen, wirken sich auf die Qualität der Bindungsbeziehung aus. Diese wiederum wirkt sich langfristig auf das Sozialverhalten und die Entwicklung einer Person aus (S. 56). So ist das Verhalten, welches Eltern gegenüber ihren Kindern zeigen, ebenfalls von eigenen Erfahrungen, von den eigenen Charaktereigenschaften sowie durch die aktuellen Umstände geprägt (Salzgeber, 2020, S. 510).

Mary Ainsworth et al. (1978) hat durch ihr Experiment zur «Fremden Situation» drei verschiedene Bindungsstile entdeckt: Sicher gebunden, unsicher vermeidend und unsicher ambivalent.

Da manche Kinder nicht klar zugeordnet werden konnten, entstand später die Desorganisierte-desorientierte Bindung als Ergänzung (Jungbauer, 2017, S. 62).

- *Sicher gebunden:* Wenn Kinder Belastungen erleben, brauchen sie Personen, welche positiv, sensibel und vorhersehbar auf sie eingehen. Zudem gibt eine sichere Umgebung dem Kind ein Kontrollgefühl über seine Umwelt. Wenn die Bezugspersonen eines Kindes diese Aspekte bieten können, kann das Kind ein sicheres Bindungsverhalten entwickeln (Strauss & Schwark, 2007, S. 406).
- *Vermeidend oder abwesend:* Wenn sich die Bezugsperson bei Belastungen des Kindes vorhersehbar, jedoch unsensibel und abweisend verhält, wird es dem Kind mit hoher Wahrscheinlichkeit in der Zukunft schwerfallen, den Zugang zu den eigenen Gefühlen zu finden. Diese Kinder verbergen Gefühle oder nehmen sie nicht wahr und beurteilen Gegebenheiten mehrheitlich kognitiv (S. 406).
- *Ängstlich-ambivalent:* Verhalten sich die Bezugspersonen inkonsistent und unaufmerksam bezüglich der Belastungen des Kindes, äussert dieses seine Bedürfnisse unverhältnismässig auffällig. Oftmals haben ängstlich-ambivalent gebundene Kinder später Verlustängste und Angst vor Zurückweisung in einer Partnerschaft. Sie haben das

Gefühl, dass sie das eigene Leben sowie Beziehungen nicht kontrollieren können und den Umständen ausgeliefert sind (S. 406).

- *Desorganisiert-desorientiert*: Die genannten Stile haben alle gemeinsam, dass die Kinder im Erwachsenenalter auf die gelernte Strategie zurückgreifen, um ihr Bedürfnis nach Bindung zu befriedigen. Dies wird als organisierte Strategie bezeichnet (S. 406). Nun gibt es jedoch einen kleinen Teil der Kinder, welcher im Experiment «Fremde Situation» nicht klar zugeordnet werden konnte. Die Kinder wirken in fremden Situationen verwirrt. Wenn die Mutter anwesend ist, zeigen sie Verhaltensauffälligkeiten. Das Bindungsverhalten wirkt desorientiert, da den Kindern anscheinend ein Verhaltensablauf für die Interaktion mit der Bezugsperson fehlt (Jungbauer, 2017, S. 63).

Junge Kinder lernen durch ihre Bindungserfahrungen wie soziale Beziehungen funktionieren und erschaffen sich auf dieser Grundlage ein inneres Arbeitsmodell (Jungbauer, 2017, S. 64). Dieses Arbeitsmodell lenkt bis ins Erwachsenenalter ihr Verhalten in sozialen Konstellationen. Während sicher gebundene Personen in die soziale Umwelt vertrauen und eine positive Selbstwahrnehmung haben, hegen unsicher gebundene Kinder oftmals eine Skepsis gegenüber ihrer Umwelt wie auch gegenüber sich selbst (S. 65). Damit ein Kind seine Umwelt explorieren kann und immer selbständiger werden kann, benötigt es eine sichere Bindung (Kraemer, 2017, S. 49).

Wenn Belastungen und kritische Lebensereignisse im Leben eines Kindes auftreten, können sicher gebundene Kinder diese besser bewältigen. Die sichere Bindung gilt somit als wichtige Ressource, da auf deren Grundlage effektive Coping-Strategien und Optimismus entwickelt werden können. Durch diese Ressourcen können negative Entwicklungsverläufe vermieden werden. Unsicher gebundene Kinder haben hingegen ein grösseres Risiko, dass die psychosoziale Entwicklung beeinträchtigt wird. Es kann jedoch nicht davon ausgegangen werden, dass diese Annahmen auf jedes Kind zutreffen (Jungbauer, 2017, S. 65).

Alltagserfahrungen

Zu den Alltagserfahrungen gehört eine möglichst anregende Umgebung (z.B. entwicklungsgerichtetes Spielzeug) sowie die Einführung des Kindes in das soziale Netzwerk der Eltern und die Hilfe beim Aufbau eines eigenen sozialen Netzwerks. Um das Kind im Alltag fördern zu können, müssen seine Interessen und Bedürfnisse erkannt und darauf eingegangen werden. Weiter soll es an Gemeinschaftsaktivitäten wie Ausflügen, Einkaufen oder Ferienveranstaltungen teilnehmen können. In diesen Situationen kann das Kind natürlich entstandene Aufgaben lösen und sich dadurch entwickeln. Zudem wird die Eltern-Kind-Interaktion gestärkt und erweitert (Guralnick, 2011, S. 14-15).

Gesundheit und Sicherheit

Die Eltern sind dafür verantwortlich, dass sich ihr Kind gesund und sicher entwickeln kann. Dazu gehören beispielsweise die Ernährung, die präventive Pflege (z.B. Impfung) sowie der Schutz des Kindes vor häuslicher Gewalt.

Wie bei den verschiedenen Komponenten auf der Ebene der kindlichen Entwicklung ist jede Komponente der familiären Interaktionsmuster in der Lage, als Risiko- oder Schutzfaktor für die Entwicklung eines Kindes zu fungieren (Guralnick, 2011, S. 15).

2.4.3 Familienressourcen

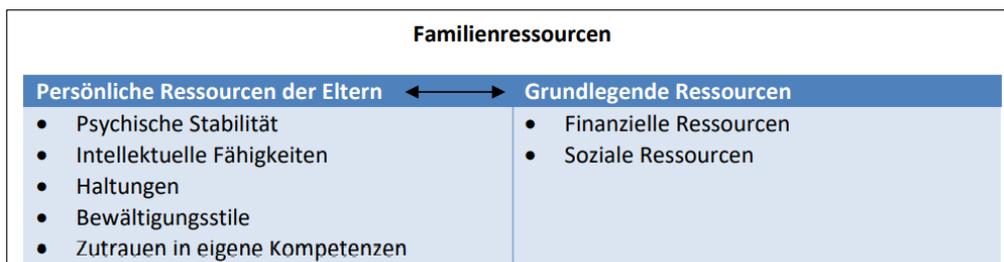


Abbildung 4. Ebene Familienressourcen. Nach Guralnick, 2011, S. 14.

Jede Familie verfügt über Ressourcen (vgl. Abb. 4). Diese gilt es zu berücksichtigen (Guralnick, 2011, S. 15).

Persönliche Ressourcen der Eltern umfassen deren geistige und körperliche Gesundheit sowie die intellektuellen Fähigkeiten. Dazu gehören auch die Einstellungen der Eltern gegenüber der Kindererziehung und ihre Bereitschaft, ihr Kind zu erziehen. Diese Einstellungen werden oft von Generation zu Generation weitergegeben und beinhalten einen kulturellen Einfluss (S. 16).

Wenn Stressoren auftreten, dienen die positiven Bewältigungsstile der Eltern und die daraus resultierenden Strategien als Ressourcen, um die Stabilität der familiären Interaktionsmuster aufrechtzuerhalten. Wenn Ressourcen verfügbar sind und effektiv genutzt werden, wächst das Gefühl der Selbstwirksamkeit der Eltern in Bezug auf ihre Elternrolle (ebd.).

Auch die grundlegenden Ressourcen stellen eine wertvolle Stütze dar, um die Interaktionsmuster der Familie zu optimieren. Die sozialen Ressourcen nehmen verschiedene Formen an, einschliesslich emotionalem Verständnis, Ratschlägen zur Kindererziehung und Hilfe bei der Suche nach oder Bereitstellung von Pflegeplätzen. Das Netzwerk einer Familie ist oftmals in der Lage, eine effektive Problemlösung zu fördern, wenn die Familie mit Stressoren konfrontiert ist. Dadurch kann verhindert werden, dass Stressoren ein Ausmass erreichen, das die familiären Interaktionsmuster stört. Ebenso sind ausreichende finanzielle Ressourcen von Vorteil, damit die Familie ihr Kind auf der Ebene der familiären Interaktionsmuster unterstützen und fördern kann (z.B. Zugang zu adäquater Gesundheitsversorgung, sichere Umgebung,

Kinderbetreuung sowie verfügbare Zeit und Energie für die Beziehungsgestaltung) (Guralnick, 2011, S. 16).

Durch die Familienressourcen ist es den meisten Eltern möglich, sich an die grosse Variabilität der Charaktereigenschaften der Kinder, das Entwicklungstempo und die täglichen Herausforderungen des Familienlebens anzupassen (S. 15).

Wie bei den anderen beiden Ebenen des Modells gibt es eine Reihe von Risiko- und Schutzfaktoren in Bezug auf die Familienressourcen. Zum Beispiel können ausreichende finanzielle und soziale Ressourcen einen Schutz vor potenziellen psychischen oder physischen Gesundheitsproblemen der Eltern bieten (S. 16).

Wenn Familienressourcen im Einklang mit optimalen familiären Interaktionsmustern verfügbar sind, können entsprechend optimale soziale und kognitive Kompetenzen des Kindes beobachtet werden. Wenn diese Ressourcen jedoch nicht in ausreichendem Masse zur Verfügung stehen, wirkt sich dies meist auf die Eltern-Kind-Interaktionen aus (S. 16). Bei Vorliegen von mehreren Risikofaktoren sind daher bei Kindern häufiger Verhaltensprobleme und psychische Auffälligkeiten festzustellen. Zusätzlich zu den Risiko- und Schutzfaktoren, welche sich auf die physische und psychische Gesundheit eines Kindes auswirken, müssen jedoch auch die altersspezifischen Entwicklungsprozesse eines Kindes und der jeweilige Entwicklungsstand berücksichtigt werden. Die Forschung hat diesbezüglich gezeigt, dass die Tendenz für eine psychische Störung höher ist, wenn Risikofaktoren in sensiblen Phasen der frühen Kindheit auftreten, als wenn diese beispielsweise in der mittleren Kindheit vorkommen (Zimmermann et al., 2016, S. 1263). Daraus lässt sich schliessen, dass die Aussicht auf Erfolg bei Interventionen in der frühen Kindheit meist grösser ist und sich spätere Interventionen aufwändiger gestalten, da sich die Interaktionsmuster der Familienmitglieder bereits verfestigt haben (S. 1265).

Die zentrale Arbeitshypothese des Modells ist, dass die Wirksamkeit von Interventionen von der Möglichkeit abhängt, ob ein möglichst optimales Niveau familiärer Interaktionsmuster (wieder)hergestellt werden kann (Guralnick, 2011, S. 9). Wichtig zu beachten sind die Wechselbeziehungen zwischen den verschiedenen Komponenten und Ebenen des Systems, die gemeinsam zur Entwicklung der kognitiven und sozialen Kompetenz von Kindern beitragen. Um mögliche Stressoren zu ermitteln, ist eine Analyse der familiären Interaktionsmuster in Zusammenhang mit den Familienressourcen sinnvoll (S. 8). Beispielsweise können begrenzte Familienressourcen die Interaktionsmuster negativ beeinflussen und in der Folge auch die soziale und kognitive Kompetenz der Kinder beeinträchtigen (S. 9).

Die Autorinnen entnehmen dem Modell, dass neben den Aspekten der kindlichen Entwicklung und deren Förderung auch die gesamte Familie und deren Bedürfnisse und Ressourcen betrachtet und einbezogen werden müssen. Um die psychische Gesundheit und die Entwicklung eines Kindes zu fördern, sollen also nicht nur spezifische Kompetenzen des Kindes bearbeitet

werden. Auch der Einbezug der Interaktionsmuster und der Ressourcen der Familie sind zentral, um eine gelingende Entwicklung zu fördern. Wenn die Schutzfaktoren gestärkt und Risikofaktoren vermindert werden können, kann sich ein Kind besser entfalten. Wie in Kapitel 2.4.1 aufgezeigt wurde, haben Kinder je nach Entwicklungsstand und Alter verschiedene Aufgaben zu bewältigen. Dies führt dazu, dass die Eltern ihr Verhalten dementsprechend anpassen müssen, um ihr Kind in seiner Entwicklung zu fördern. Welche Aufgaben daraus für die Eltern entstehen, wird nachfolgend ausgeführt.

2.5 Elterliche Aufgaben je nach Alter und Entwicklungsstand des Kindes

Da kindliche Bedürfnisse je nach Alter unterschiedlich ausfallen und deren Befriedigung ein zentrales Element der Erziehungsfähigkeit ist, sind Ausführungen zu elterlichen Aufgaben relevant für die Fragestellung der vorliegenden Arbeit. Diese werden nachfolgend für die frühe Kindheit, die Vorschul- und Grundschulzeit sowie das Jugendalter aufgezeigt.

Frühe Kindheit (0-3 Jahre):

In den ersten Lebensjahren ist der Aufbau einer Bindung zwischen den Eltern und dem Kind zentral. Dies bedingt, dass die Eltern die verbal wie auch nonverbal ausgedrückten Bedürfnisse des Kindes wahrnehmen und befriedigen. Von den Eltern erfordert dies eine hohe Aufmerksamkeit, Körper- und Blickkontakt, feinfühliges Eingehen auf das Kind sowie eine positive Grundeinstellung (Cassée, 2019b, S. 398).

Säuglinge erlangen durch die enge Begleitung der Eltern grundlegende Fähigkeiten in allen Bereichen der Entwicklung. Ein Baby oder Kleinkind fühlt sich geborgen, wenn es Unterstützung erhält, die seinen Bedürfnissen und Fähigkeiten entspricht. Dies bedeutet für die Eltern, ihre Kinder zu stimulieren, zu ermutigen, Grenzen zu setzen, zuverlässig und schnell zu reagieren, zu stillen/ernähren, Rituale einzusetzen, Hygiene zu beachten, zu beruhigen, zu trösten und sie ins Bett zu bringen (ebd.).

Weiter sollen die Eltern das Verhalten der Kinder durch ihre Reaktion bestärken oder einschränken und ihrem Kind eine anregende Umgebung wie auch Materialien anbieten, durch die das Kind Lernerfahrungen machen kann. Auch die Anpassung der Wohnsituation (Erkundungsmöglichkeiten) und des Tagesablaufs gehört zu den Anforderungen an die Eltern (ebd.).

Vorschul-/Grundschulzeit (4-12 Jahre):

In dieser Zeit treten die meisten Kinder in den Kindergarten und anschliessend in die Schule ein. Für die Aufgaben, die sich durch diesen Umstand ergeben, benötigen Kinder eine vielseitige Unterstützung (z.B. mit anderen Kindern und Lehrpersonen einen Umgang finden). Die Aufgabe der Eltern in dieser Zeit ist es, ihrem Kind Zuwendung und Geborgenheit zu vermitteln und es besonders in der Vorschulzeit in seinen Fragen liebevoll zu begleiten. Zudem sind die Eltern dafür verantwortlich, dass ihr Kind ausreichend schläft, genug isst, trinkt und sich

bewegt, Unterstützung für die Körperpflege erhält und vor negativen Einflüssen geschützt wird (Cassée, 2019b, S. 399). Weiter sollen die Eltern ihr Kind anerkennen, loben und anregen, aber auch anleiten und ihm Grenzen setzen (S. 401).

Durch den Eintritt in den Kindergarten und in die Schule müssen die Eltern ihr Kind pünktlich parat machen und ein Znüni bereitstellen, was eine Umstellung in der Tagesgestaltung erfordert (S. 400). In der Freizeit sollen die Eltern ihrem Kind in dieser Altersphase kleine Aufgaben übertragen (z.B. Tisch decken, aufräumen, beim Kochen helfen). Durch die Aufgaben lernt das Kind, dass es etwas tun muss und dies auch kann. Dadurch können jedoch auch Konflikte entstehen, welche gemeinsam bewältigt werden müssen. Eltern sind zudem aufgefordert, dem Kind mitzuteilen, was es gut macht, um seinen Lernprozess zu fördern (S. 399).

Da das Kind im Kindergartenalter meist noch nicht selbständig nach draussen gehen kann, benötigt es in der Wohnung anregende Materialien (z.B. Bücher, Farbstifte, Puppen, aber auch Steine, Gräser oder ein Wassergefäss). Zudem sollten die Eltern offen dafür sein, dass andere Kinder in die Wohnung kommen dürfen, denn das Spiel mit Anderen ist für ihr Kind sehr lehrreich (S. 399-400).

Mit dem Eintritt in die Schule kommen neue Leistungsanforderungen hinzu, bei welchen die Eltern ihre Kinder unterstützen sollen (z.B. Hausaufgaben und Prüfungsvorbereitungen). Für die Freizeitgestaltung können die Eltern dem Schulkind mehr Freiraum bieten, um vermehrt ohne elterliche Aufsicht draussen zu sein und andere Kinder (drinnen oder draussen) zu treffen. Zudem benötigt das Schulkind in der Wohnung weiterhin anregende Materialien wie auch einen Platz, um Hausaufgaben zu erledigen (S. 401-402). Während der Schulzeit möchten Kinder unabhängiger werden, was ein wichtiger Faktor für ihre Entwicklung ist. Dabei benötigen sie aber dennoch Anregung, Kontrolle und Unterstützung durch die Eltern. Die Aufgabe dieser besteht zudem darin, sicherzustellen, dass die Familie weiterhin gemeinsame Aktivitäten ausführt (z. B. gemeinsam essen, Wochenenden oder Ferien gemeinsam planen, Verwandte besuchen, Spiele spielen) und das Kind für bestimmte Aufgaben in der Familie verantwortlich ist (S. 402-403).

Der Eintritt des Kindes in den Kindergarten oder die Schule kann für die Eltern eine Entlastung und Bereicherung darstellen. Wenn die Vorstellungen der Bildungsinstitution jedoch nicht mit den Vorstellungen der Eltern übereinstimmen, entstehen möglicherweise Konflikte. Besonders wenn das Kind Schwierigkeiten hat, sich in die Klasse zu integrieren, wenn es verhaltensauffällig ist oder die erwartete Leistung nicht zeigt, führt dies schnell zu Meinungsverschiedenheiten, welche die Entwicklung des Kindes beeinträchtigen können. Es wäre hingegen förderlich, wenn die Eltern ihren Erziehungsstil mit den Erwartungen der Bildungsinstitution abgleichen und anpassen (S. 402).

Jugendalter (13-20 Jahre):

Damit die Eltern auf die Bedürfnisse der Jugendlichen eingehen können, ist es entscheidend, dass sie diese wahrnehmen und kennen. Da sich Jugendliche ausprobieren und zu Grenzüberschreitungen neigen, sollen Eltern gemeinsam mit ihnen neue Regeln vereinbaren. Die Entwicklungsthemen aus den vergangenen Phasen können erneut aktualisiert werden. Beispielsweise können Themen, die als Kind nicht ausreichend behandelt wurden, nachbearbeitet werden. Insbesondere wird im Jugendalter die emotionale Entwicklung wieder aktiviert (Cas-sée, 2019b, S. 404).

Jugendliche möchten mehr Unabhängigkeit und Verantwortung übernehmen. Eltern müssen Möglichkeiten abwägen, entsprechende Richtlinien formulieren und einen Konsens über Regeln erzielen. Unvermeidlich werden dabei Konflikte entstehen, bei denen die Eltern die schwierige Situation aushalten und mit ihren Kindern nachbearbeiten müssen. Als Eltern gilt es immer wieder den Unterstützungsbedarf zu erkennen. Dabei sollen sie als unterstützender Ruhepol auf die Jugendlichen eingehen können (S. 404). Damit Jugendliche Verantwortung übernehmen können, müssen die Eltern ihnen den notwendigen Spielraum geben und sie loslassen (S. 405).

Wenn das Kind aus dem Elternhaus ausziehen möchte, sollen die Eltern dies begleiten und ermöglichen. Eltern, welche ihre Freude für diese neue Situation zum Ausdruck bringen, erleichtern dem Kind den Eintritt in das Erwachsenenleben. Wenn es ausgezogen ist, können die Eltern dies als neue Freiheit oder als Verlust ansehen. Letzteres kann sich als Risikofaktor für die Entwicklung zeigen. Hat der junge Erwachsene eine Abhängigkeit von den Eltern entwickelt, können sich seine Entwicklungsschritte verzögern. Teilweise ist die Vergangenheit von schmerzhaften Erfahrungen und Erinnerungen geprägt und ein Kind konnte möglicherweise lange Zeit nicht bei seinen Eltern leben. Bei solchen Ereignissen kommt es häufig zu emotionalen Verstrickungen, die es dem jungen Menschen schwer machen, sich abzulösen (S. 405).

In den Ausführungen wurde ersichtlich, dass Eltern je nach Entwicklungsstufe auf unterschiedliche Bedürfnisse ihres Kindes eingehen sollen. An dieser Stelle wird darauf hingewiesen, dass ein jüngeres Kind ein grösseres Schutzbedürfnis hat. Das Risiko einer andauernden psychischen Beeinträchtigung steigt, wenn negative Einflüsse in frühen Entwicklungsphasen auftreten (Lenz, 2008, S. 14). Neben dem Alter des Kindes beeinflussen auch das Umfeld, die persönlichen Stärken sowie Defizite und die Charaktereigenschaften die Bedürfnisse eines Kindes (Ludewig et al., 2015, S. 571):

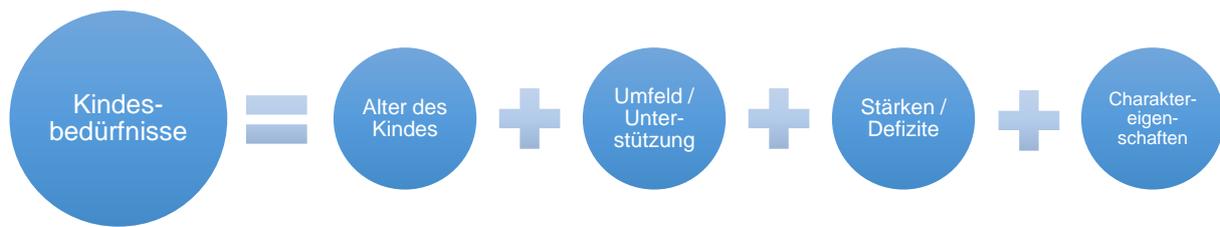


Abbildung 5. Einflussfaktoren der Kindesbedürfnisse. Nach Ludewig et al., 2015, S. 571.

Abbildung 5 zeigt die Individualität der Kindesbedürfnisse auf und welche Faktoren dabei eine Rolle spielen.

Nun folgen Ausführungen zu den verschiedenen Erziehungsstilen, um aufzuzeigen, wie Eltern die genannten Anforderungen umsetzen können.

2.6 Erziehungsstile

Die Autorinnen sind der Ansicht, dass die Erziehungsstile im Systemischen Entwicklungsmodell nach Guralnick auf der Ebene der Interaktionsmuster zu verorten sind, da sie in alle drei Bereiche der Interaktionsmuster einwirken. Zudem ist der Erziehungsstil von Eltern oder anderen Erziehungspersonen verbunden mit ihren Einstellungen, Haltungen und Annahmen (persönliche Ressourcen) (Jungbauer, 2017, S. 153). Er kann als Risiko- oder Schutzfaktor dienen. Gemäss Plass und Wiegand-Grefe (2012) gehört der Erziehungsstil einer Person ebenfalls zu den elterlichen Kompetenzen (S. 40). Durch das Erziehungsverhalten der Eltern oder anderer Erziehungspersonen, wird die Entwicklung eines Kindes beeinflusst (Jungbauer, 2017, S. 153).

Auf der Grundlage des Gedankenguts von dem Sozialpsychologen Kurt Lewin (1880-1947), welcher sich mit der Erziehungsstilforschung beschäftigte, entwickelte Hurrelmann (2002) ein neues Modell (vgl. Abb. 6). Dabei stellte er die zwei Achsen der elterlichen Autorität und der Berücksichtigung von kindlichen Bedürfnissen auf. Hurrelmann (2002) nennt fünf Erziehungsstile (S. 161):

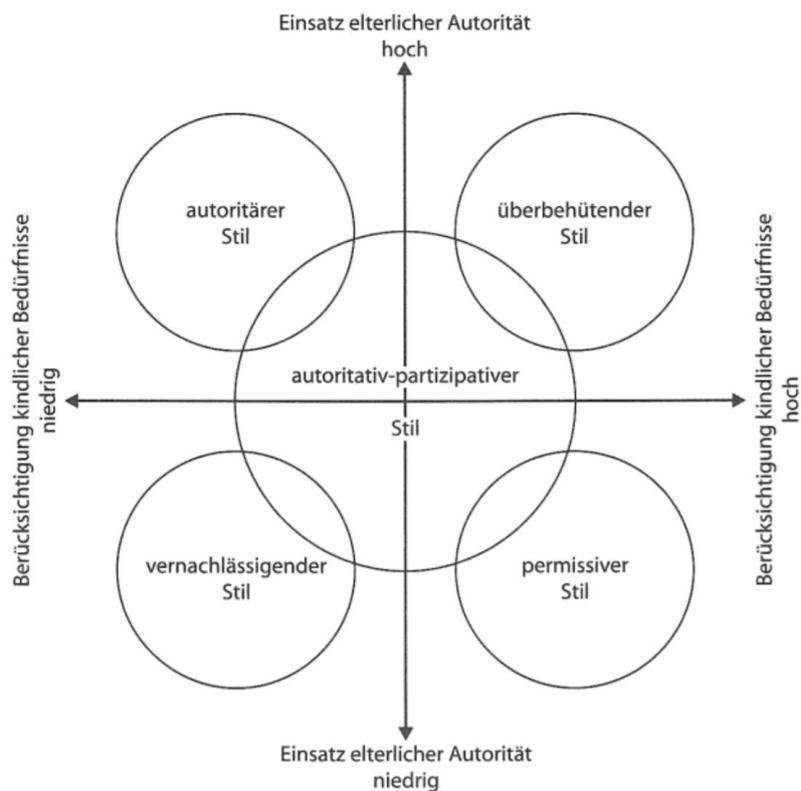


Abbildung 6. Erziehungsstile. Nach Hurrelmann, 2002, S. 161.

Autoritärer Stil: Bei diesem Stil wird von Seiten der Erziehungsperson ein hohes Mass an Autorität und Kontrolle eingesetzt und kindliche Bedürfnisse werden wenig berücksichtigt. Wenn Regeln nicht eingehalten werden, erfolgt eine unverhältnismässige Bestrafung (teilweise auch körperlich). Auf dieses Verhalten der Eltern reagieren Kinder oftmals mit Aggression, Gewalt, Widerstand, Ungehorsam und Rebellion. Manche Kinder beginnen, den Kontakt zu den Eltern zu vermeiden, konsumieren Drogen, verhalten sich überangepasst oder unterwürfig. Durch diesen Erziehungsstil werden Erziehungsziele wie Selbständigkeit, soziale Verantwortung sowie Leistungsstärke kaum gefördert (Hurrelmann, 2002, S. 160). Aufgrund der strengen Erziehung kommt es beim Kind oftmals zu Selbstvorwürfen und depressiven Verstimmungen. Die Kinder fühlen sich vielfach von der Erziehungsperson abgelehnt und empfinden Hilflosigkeit und Angst (Salzgeber, 2020, S. 513).

Überbehütender Stil: Die Eltern kümmern sich liebevoll um ihr Kind, neigen jedoch zu kontrollierendem Verhalten und grosser Besorgnis. So erhalten die Kinder wenig Spielraum, um Entscheidungen zu treffen oder selbst zu bestimmen, welchen Aktivitäten sie nachgehen. Dies führt dazu, dass persönliche Eigenschaften und Verhaltensweisen nur schwer entwickelt werden können (Hurrelmann, 2002, S. 162). Durch die Überbehütung der Eltern, erfahren die Kinder wenig Selbstwirksamkeit, wodurch diese eingeschränkt ist. Dies kann ebenfalls zu depressiven Stimmungen führen (Salzgeber, 2020, S. 513).

Vernachlässigender Stil: Die Erziehungsperson setzt die elterliche Autorität nur gering ein und die kindlichen Bedürfnisse werden wenig berücksichtigt. Zudem übt sie wenig Kontrolle

aus, ist desinteressiert und abweisend. Kinder können sich dadurch missachtet und allein gelassen fühlen (Hurrelmann, 2002, S. 162). Eltern mit diesem Erziehungsstil verspüren nur wenig Verantwortung ihrem Kind und ihrer Elternrolle gegenüber (Jungbauer, 2017, S. 156). Dieses Verhalten zeigen sie beispielsweise, weil sie sich oftmals überfordert fühlen (S. 157).

Permissiver (Laissez-faire-)Stil: Die Erziehungspersonen zeigen Responsivität, setzen jedoch keine Grenzen. Kinder brauchen aber klare Regeln, damit sie sich sicher fühlen können. Zudem erleben Kinder durch das Fehlen von Regeln oftmals einen Mangel an Aufmerksamkeit. Um die Aufmerksamkeit zu erhalten, reagieren manche Kinder mit aggressivem Verhalten (Hurrelmann, 2002, S. 160). Weiter werden oftmals die Talente eines Kindes nicht erkannt und Werte sowie Fähigkeiten der Eltern nicht weitergegeben (Salzgeber, 2020, S. 513)

Autoritativ-partizipativer Stil: Autorität wird nur mittelmässig ausgeübt, während die Responsivität hoch ist. Die Erziehungspersonen definieren Regeln und setzen diese auch konsequent durch, wobei die Strafe angemessen ausfällt. Eine offene Kommunikation ist in diesem Erziehungsstil zentral. Die Kinder können ihre Bedürfnisse äussern und werden respektiert. So wird deren Meinung auch in der Lösungsfindung bei Konflikten einbezogen (Jungbauer, 2017, S. 156). Die Eltern stellen Anforderungen an das Kind, unterstützen es aber auch in der Umsetzung eines Vorhabens. Bei gelingender Umsetzung dieses Erziehungsstils, hat das Kind meist ein höheres Selbstwertgefühl und die sozialen Kompetenzen sind ausgeprägter (Salzgeber, 2020, S. 513).

Der autoritativ-partizipative Erziehungsstil eignet sich gemäss Hurrelmann (2002) am besten, um Kinder in ihrer Entwicklung zu unterstützen. Wie in den Ausführungen ersichtlich wurde, haben die anderen Erziehungsstile oftmals ungünstige Auswirkungen auf den Entwicklungsverlauf. Die meisten Eltern streben an, dass ihr Kind selbständig wird, Verantwortung übernimmt und leistungsfähig ist. Dies wird besonders durch den autoritativ-partizipativen Erziehungsstil bewirkt (S. 161-163). Nach Hurrelmann (2002) sei innerhalb dieses Stils das «magische Erziehungsdreieck» anzuwenden. Dieses besteht aus den drei A's: Anregung, Anleitung und Anerkennung (S. 164). Zusätzlich sollen die Grundbedürfnisse von Kindern beachtet werden (Jungbauer, 2017, S. 158).

Die Erziehungsstile werden im Kapitel 3.2.2 mit den Auswirkungen einer Depression verknüpft und nochmals aufgegriffen. Bevor die Autorinnen mit Ausführungen zur Depression starten, greifen sie die bisherigen Themen nochmals kurz auf und stellen abschliessend dar, wann ein Elternteil als erziehungsfähig gilt.

2.7 Erziehungsfähigkeitseinschätzung

In den letzten Kapiteln wurde ersichtlich, dass die Erziehungsfähigkeit vorhandene elterliche Kompetenzen wie auch die Erfüllung von kindlichen Bedürfnissen beinhaltet. Dies trägt zu

einer optimalen Entwicklung bei. Welche Faktoren zusätzlich zu einer förderlichen Entwicklung beitragen, wurde mit dem Systemischen Entwicklungsmodell nach Guralnick aufgezeigt (vgl. Kap. 2.4). Die Grundbedürfnisse von Kindern wurden im Kapitel 2.2 ausgeführt. Diese Bedürfnisse müssen jedoch im Kontext des jeweiligen Entwicklungsstandes eines Kindes betrachtet werden, denn ein Säugling hat nicht dieselben Bedürfnisse wie ein Teenager.

Im folgenden Kapitel soll nun dargestellt werden, welche Punkte bei einer Erziehungsfähigkeitseinschätzung berücksichtigt werden. Dafür beziehen sich die Autorinnen hauptsächlich auf die Literatur der richterlichen und behördlichen Entscheidungsfindung betreffend der Erziehungsfähigkeit.

Abbildung 7 zeigt den Zusammenhang zwischen den vorherigen Kapiteln und der Einschätzung der Erziehungsfähigkeit auf. Die ursprüngliche Abbildung wurde aufgrund der ausgeführten Themen leicht angepasst².



Abbildung 7. Einschätzung der Erziehungsfähigkeit. Nach Ludewig et al., 2015, S. 576.

Die Abbildung stellt dar, wie die Kompetenzen der Eltern als Teilaspekt der Erziehungsfähigkeit anhand der Grundbedürfnisse des Kindes geprüft werden können (Ludewig et al., 2015, S. 575). Die Erziehungsfähigkeit muss als Kontinuum betrachtet werden: Aufgrund der vielfältigen Aspekte, welche einzeln beurteilt werden, kann sie nicht gesamthaft als gegeben oder nicht gegeben beurteilt werden. Zudem gilt es zu überprüfen, ob in der aktuellen Lebenslage die Bedürfnisse des konkreten Kindes wahrgenommen und erfüllt werden (ebd.).

Belastungen der Eltern können ausserdem zu kurzzeitigen Einschränkungen der Erziehungsfähigkeit führen. Mit der abnehmenden Belastung können diese Erziehungsdefizite jedoch

² Die Abbildung wurde mit den Aspekten Lustbefriedigung und Unlustvermeidung, körperliche Versorgung und Schutz sowie Entwicklungsförderung ergänzt.

gemindert werden, was bedeutet, dass Erziehungsfähigkeit immer im Kontext betrachtet werden soll (Dettenborn & Walter, 2015, S. 217).

Gemäss Ludewig et al. (2015) gibt es in einer diagnostischen Einschätzung der Erziehungsfähigkeit drei Stufen: «(a) Die Erziehungsfähigkeit des Elternteils ist vollumfänglich gegeben, (b) die Erziehungsfähigkeit ist in einem gewissen Masse beeinträchtigt, wobei Fähigkeiten und Defizite benannt sein müssen, (c) die Erziehungsfähigkeit ist massiv beeinträchtigt, eine hohe Kindeswohlgefährdung ist gegeben» (S. 576).

Nach Castellanos & Hertkorn (2016) gibt es zusätzliche Punkte, welche bezüglich der Beurteilung der Erziehungsfähigkeit relevant sind:

- Welche familiären Schutz- und Risikofaktoren beeinflussen die Entwicklung des Kindes?
- Verfügt das Kind über die Möglichkeit, positive Bindungserfahrungen zu machen?
- Welche elterlichen Kompetenzen sind vorhanden?
- Welche Ressourcen stehen dem Kind zur Verfügung? (S. 112)

Plattner (2017b) ergänzt diese Auflistung mit folgenden Kriterien:

- Hat die Familie ein unterstützendes soziales Netzwerk?
- Sind die Eltern kooperationsbereit?
- Wie verhalten sich die Eltern bezüglich Unterstützung suchen und annehmen?
- Wie ist die Qualität der Eltern-Kind-Beziehung?
- Wie steht es um die Partnerbeziehung der Eltern?
- Zeigt das Kind Entwicklungsauffälligkeiten, psychische oder soziale Auffälligkeiten?
- Besteht die Möglichkeit, Angebote der Jugendhilfe und Unterstützungsmassnahmen einzusetzen, um die erzieherischen Defizite des hauptbetreuenden Elternteils auszugleichen? (S. 30)

Letztlich kann nur untersucht werden, wie sich eine kranke oder belastete Person resp. das daraus entstehende Verhalten auf die Erziehung eines bestimmten Kindes auswirkt. Eine festgelegte Grenze, wann ein Elternteil nicht mehr erziehungsfähig ist, gibt es nicht (Salzgeber, 2020, S. 512).

Gemäss Salzgeber wird Erziehungsfähigkeit hier als Minimalstandard (ausreichende Elternkompetenz) begriffen, bei dem eine Kindeswohlgefährdung ausgeschlossen werden kann. Die wenigsten Eltern möchten sich bezüglich ihrer Erziehungsfähigkeit überprüfen lassen, da die Befürchtung besteht, dass ihnen diese abgesprochen werden könnte (ebd.).

Erziehungsfähigkeit mit einer psychischen Störung

Da die vorliegende Arbeit die Auswirkungen einer Depression auf die Erziehungsfähigkeit behandelt, veranschaulichen die Autorinnen am Beispiel eines psychisch beeinträchtigten

Elternteils, wie die Erziehungsfähigkeit überprüft wird. In Kapitel 3.2 werden die Autorinnen die Erziehungsfähigkeitseinschätzung bezogen auf eine depressive Erkrankung ausführen

Wenn ein Elternteil Anzeichen einer psychischen Störung zeigt, sollte eine Fachperson der Medizin oder Psychologie zur Überprüfung der Erziehungsfähigkeit beigezogen werden. Es soll jedoch stets bedacht werden, dass eine Diagnose nicht automatisch bedeutet, dass die Erziehungsfähigkeit eingeschränkt ist (Salzgeber, 2020, S. 512).

In Abbildung 8 ist der Ablauf zur Beurteilung der Erziehungsfähigkeit von Elternteilen mit einer psychischen Störung ersichtlich:

Überprüfung der Erziehungsfähigkeit von Elternteilen mit einer psychischen Beeinträchtigung				
1	2	3	4	5
Besteht eine psychische Erkrankung eines Elternteils? (Ja/Nein)	Besteht eine Beeinträchtigung der elterlichen Kompetenzen durch die psychische Störung? (Ja/Nein)	Können die Grundbedürfnisse des Kindes erfüllt werden? (Ja/Nein)	Besteht eine Beeinträchtigung der Erziehungsfähigkeit? (Ja/Nein)	Risiken für das Kindes- und Elternwohl durch mögliche und fehlende Interventionen werden berücksichtigt

Abbildung 8. Überprüfung der Erziehungsfähigkeit. Nach Ludewig et al., 2015, S. 607.

Die Erziehungsfähigkeit eines psychisch erkrankten Elternteils wird grundsätzlich identisch überprüft, wie bei Elternteilen ohne diesbezügliche Diagnose. Bei beiden Gegebenheiten ist die Schlüsselfrage, ob die zentralen Bedürfnisse des Kindes genügend befriedigt werden können und ob die Kompetenzen der Eltern ausreichen, um diese Anforderung zu erfüllen. Bei Eltern mit einer psychischen Erkrankung sollten jedoch mögliche Auswirkungen und Einflüsse der psychischen Störung auf die elterlichen Kompetenzen mitberücksichtigt und überprüft werden (Ludewig et al. 2015, S. 577).

Wenn die Kompetenzen des psychisch erkrankten Elternteils in ausreichendem Mass vorhanden sind, um die Grundbedürfnisse des Kindes zu befriedigen und die psychische Krankheit diesbezüglich keine massgeblichen Einschränkungen anzeigt, kann die Erziehungsfähigkeit als gegeben beurteilt werden (ebd.).

Zu beachten ist gemäss Plattner (2017b), ob der betroffene Elternteil derjenige ist, der sich hauptsächlich um das Kind kümmert. Wenn der hauptbetreuende Elternteil bereits seit der Geburt, vorher oder in den ersten Jahren des Kindes krank geworden ist, sind Auswirkungen auf das seelische Kindeswohl eher zu erwarten. Darüber hinaus ist die Belastung des Kindes

auch von anderen Faktoren, wie der Chronizität und dem Schweregrad der psychischen Störung sowie der Fähigkeit des Kindes mit Belastungen umzugehen, (vgl. Kap. 3.5.2) abhängig (S. 30).

Zur Prüfung der Erziehungsfähigkeit aus richterlicher Perspektive gehören eine psychiatrische Abklärung der Intensität der psychischen Störung, eine Prognose und mögliche Behandlungsmethoden. Zudem müssen die Lebensbedingungen des Kindes diesbezüglich abgeklärt werden. Es folgt eine Analyse, ob eine Kindeswohlgefährdung allein aufgrund der Schwere der psychischen Erkrankung erwartet werden muss (Ludewig et al., 2015, S. 578). Wenn der Einfluss der psychischen Erkrankung des Elternteils auf das Kindeswohl nicht eindeutig einzuschätzen ist, kann die Richterin oder der Richter eine psychologisch-psychiatrische Beurteilung anordnen (S. 608).

Einschränkungen der elterlichen Kompetenzen können in vielen Familien festgestellt werden und sind somit kein spezifisches Merkmal von Eltern mit einer psychischen Erkrankung (Ludewig et al., 2015, S. 578). Denn wie bereits erwähnt, ist bei der Beurteilung der Erziehungsfähigkeit nicht die Diagnose entscheidend, sondern die Dauer, die Schwere und die Auswirkungen der Krankheit und dabei besonders die Einflüsse auf die Fähigkeit der Eltern, die Grundbedürfnisse des Kindes angemessen zu befriedigen (S. 577). Wenn die Erziehungsfähigkeit in gewissen Bereichen beeinträchtigt oder nicht gegeben ist, sollten mögliche Massnahmen zur Verbesserung der Kompetenzen der Eltern in die Wege geleitet werden (S. 576). Bei der Beurteilung ist zudem wichtig, dass ein Kind nicht im Elternhaus bleiben darf, nur um den erkrankten Elternteil zu stabilisieren (Plattner, 2017, S. 30b).

Nähere Ausführungen zu einer möglichen Kindeswohlgefährdung folgen im entsprechenden Kapitel 3.5.3.

Nachdem nun die allgemeine Einschätzung der Erziehungsfähigkeit bei einem Elternteil mit einer psychischen Beeinträchtigung erläutert wurde, folgen im nächsten Kapitel Ausführungen zur Depression, um im Anschluss aufzuzeigen, wie sich deren Symptome konkret auf die Erziehungsfähigkeit auswirken können.

3 Depression und Elternsein

Die Autorinnen werden zunächst Aspekte einer Depression näher beschreiben, um diese anschliessend mit den im vorgängigen Kapitel beschriebenen Themen der Entwicklungsaufgaben, elterlichen Aufgaben, kindlichen Grundbedürfnissen und Erziehungsstilen in Verbindung zu bringen. Dadurch können Rückschlüsse auf die Erziehungsfähigkeit eines depressiv erkrankten Elternteils gezogen werden. Danach wird beleuchtet, wie die Krankheitsbewältigung familiär geschehen kann und welche Schutz- und Risikofaktoren dabei einen Einfluss haben. Zudem wird das Thema Kindeswohl und Kinderschutz kurz ausgeführt, da das Wohl des Kindes stets mitgedacht werden muss.

3.1 Major Depression

Wie in der Einleitung erwähnt, wird der Fokus im Folgenden auf die Major Depression gelegt und nicht auf zusätzliche Formen der Depression. Um ein besseres Verständnis für die psychische Erkrankung Major Depression zu erhalten, wird zunächst aufgezeigt von welchem Gesundheits- und Krankheitsverständnis die Autorinnen ausgehen.

Gesundheits- und Krankheitsverständnis

Die World Health Organization (WHO) (2019b) definiert psychische Gesundheit als «ein Zustand des Wohlbefindens, in dem eine Person ihre Fähigkeiten ausschöpfen, die normalen Lebensbelastungen bewältigen, produktiv arbeiten und einen Beitrag zu ihrer Gemeinschaft leisten kann» (S. 1). Im Gegensatz dazu können psychische Störungen unter anderem zu Leidensdruck, Fehlanpassungen, Irrationalitäten und Unberechenbarkeiten bei erkrankten Personen führen. Sie verletzen zudem vielfach moralische oder gesellschaftliche Normen (Gerrig, 2018, S. 551). Da das psychische Wohlbefinden eines Menschen oftmals nicht klar zwischen gesund und krank eingeordnet werden kann, ist dieses als Kontinuum zwischen den Dimensionen psychische Gesundheit und psychische Krankheit mit fließenden Übergängen zu betrachten (S. 552). Die Einschätzung bezüglich psychischer Gesundheit und Krankheit hängt stark von der Betrachtungsweise und dem kulturellen Hintergrund ab (S. 551).

Mit diesem Verständnis von Gesundheit und Krankheit wird nun die Depression beleuchtet.

3.1.1 Definition und Symptomatik

Die Depression ist eine psychische Erkrankung, wobei psychische wie auch physische Symptome gemeinsam auftreten (Hautzinger, 2005, S. 450).

Personen, welche an einer leichten, mittelgradigen oder schweren Depression erkrankt sind, leiden gemäss ICD-10 (Weltgesundheitsorganisation [WHO], 2015) meist unter folgenden Hauptsymptomen:

- «gedrückte Stimmung
- Interessenverlust, Freudlosigkeit
- Verminderung des Antriebs, erhöhte Ermüdbarkeit» (S. 169)

Zusätzlich treten folgende Symptome häufig auf:

- «Verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit
- Vermindertem Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen
- Schuldgefühle und Gefühle von Wertlosigkeit (. . .)
- Negative und pessimistische Zukunftsperspektiven
- Suizidgedanken, erfolgte Selbstverletzung oder Suizidhandlungen
- Schlafstörungen
- Verminderter Appetit» (WHO, 2015, S. 170)

Damit eine Diagnose erstellt werden kann, müssen die Symptome mindestens während zwei Wochen auftreten (S. 170). Aufgrund der Anzahl, der Art wie auch der Stärke der Symptome wird die Intensität der depressiven Episode festgelegt (S. 171). Grundsätzlich gilt, dass für eine leichte depressive Episode zwei Hauptsymptome und ein weiteres Symptom vorliegen müssen (S. 172). Damit eine Diagnose für eine mittelgradig depressive Episode erstellt werden kann, müssen mindestens zwei der Hauptsymptome auftreten und zusätzlich drei (besser vier) andere Symptome erkennbar sein (S. 173). Um eine schwere depressive Episode diagnostizieren zu können, müssen alle drei Hauptsymptome und zusätzlich fünf weitere Symptome auftreten (S. 174).

Da es eine Erkrankung ist, die sowohl psychische wie auch somatische Auswirkungen hat, können zudem folgende somatische Symptome auftreten: Wegfall der Freude bei gewöhnlich angenehmen Tätigkeiten, fehlende Fähigkeit, bei positiven Ereignissen emotional darauf zu reagieren, Stimmungstief am Morgen, Rastlosigkeit respektive innere Unruhe, psychomotorische Beeinträchtigung, Gewichtsabnahme und Libidoverlust (S. 170-171).

3.1.2 Prävalenz

Durchschnittlich erkrankt jede dritte Person irgendwann in ihrem Leben an einer Depression. Die Erkrankung beginnt in der Regel zwischen dem 25. und dem 30. Lebensjahr (Schuler et al., 2020, S. 33). Die Wahrscheinlichkeit an einer Depression zu erkranken ist für 18- bis 29-Jährige dreimal höher im Vergleich zu den über 60-Jährigen. Zudem haben Frauen ein eineinhalb- bis dreifach erhöhtes Risiko als Männer (American Psychological Association [APA], 2015, S. 223).

Im Rahmen einer Gesundheitsbefragung wurde in der Schweizer Bevölkerung nach Depressionssymptomen gefragt (Schuler et al., 2020, S. 33). Dabei wurde ermittelt, dass über ein Drittel (34,6 %) der Befragten in den letzten zwei Wochen depressive Symptome zeigten (S. 34). Zudem wurde ersichtlich, dass bei 5,4 % der Befragten innerhalb der letzten 12 Monate eine Depression diagnostiziert wurde (S. 37). Dies verdeutlicht, dass zwar diverse Personen Depressionssymptome zeigten, sie jedoch keine Diagnose einer Depression hatten.

3.1.3 Ätiologie

Es werden verschiedene Faktoren berücksichtigt, um die Entstehung einer depressiven Erkrankung zu erklären. Dazu gehören distale (im Lebenslauf früh auftretende) und proximale (auslösende) Faktoren. Familiäre Belastungen, genetische Veranlagungen, Traumata, ungünstige Ereignisse in der Kindheit, Temperament und Persönlichkeit gehören zu den distalen Einflussfaktoren. Proximale Faktoren können Lebensereignisse, chronische Belastungen sowie soziale (z.B. langfristige Arbeitslosigkeit), psychologische (z.B. hohes Anspruchsniveau) oder psychopathologische (z.B. Angsterkrankung) Faktoren sein (Beesdo-Baum & Wittchen, 2011, S. 891-893).

Um die Zusammenhänge der Faktoren zu beschreiben, werden meist Vulnerabilitäts-Stress-Modelle verwendet (vgl. Abb. 9).

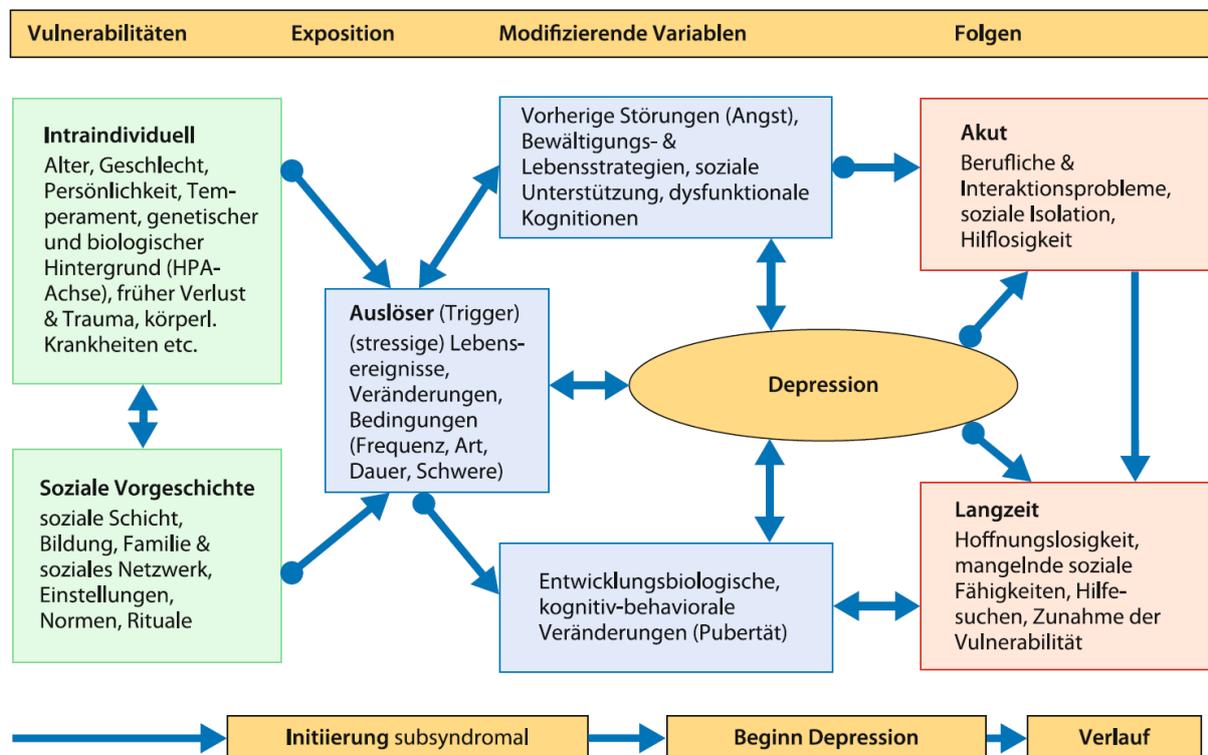


Abbildung 9. Konzeptuelles Ätiologiemodell der Depression. Nach Beesdo-Baum & Wittchen, 2011, S. 891.

Zur Ausbildung einer erhöhten Vulnerabilität können Faktoren, welche durch die Anlage gegeben sind (intraindividuell) wie auch ungünstige soziale und umweltbezogene Bedingungen und Ereignisse (soziale Vorgeschichte) beitragen. Die Vulnerabilität wird durch entwicklungsbiologische, psychologische und soziale Prozesse weiter manifestiert oder auch abgeschwächt (S. 890).

In Abbildung 9 ist ersichtlich, welche Faktoren eine depressive Erkrankung beeinflussen können oder von ihr beeinflusst werden. Einige dieser Verknüpfungen und Teilelemente sind gut erforscht, jedoch können die Vielfältigkeit der Komponenten wie auch ihre Interaktionen nicht abschliessend geklärt werden (S. 891).

3.1.4 Verlauf

Eine depressive Episode kann akut ausbrechen (von heute auf morgen) oder sie beginnt schleichend, was vorwiegend zutrifft. Die Major Depression hat meist einen episodenhaften Störungsverlauf. Ein einmaliges Auftreten einer einzigen Episode liegt bei etwa einem Drittel der Betroffenen vor. Bei einem weiteren Drittel treten nach einem symptomfreien Zeitraum (Remission) weitere Episoden auf, der letzte Drittel hat einen chronischen Verlauf der Krankheit. Das heisst, es treten keine oder nur teilweise Remissionen auf (Beesdo-Baum & Wittchen, 2011, S. 889).

Bei einer leichten depressiven Episode haben die Betroffenen Mühe, ihre Berufstätigkeiten wie auch die sozialen Tätigkeiten aufrecht zu erhalten, sie geben sie jedoch nicht restlos auf (WHO, 2015, S. 172). Wesentlich schwerer fällt es einer Person, welche an einer mittelgradigen Depression erkrankt ist, Berufs- oder Haushaltstätigkeiten wie auch soziale Aktivitäten fortzusetzen (S. 173). Während einer schweren depressiven Episode ist es den betroffenen Menschen meist begrenzt oder nicht möglich berufliche, soziale oder häusliche Aktivitäten auszuführen (S. 174).

Der Verlauf einer Depression ist bei jeder Person unterschiedlich. So kann es sein, dass es zu keinem vorübergehenden oder dauerhaften Nachlassen der Symptome kommt, während andere Betroffene jahrelang symptomfrei leben. Üblicherweise beginnen die Symptome einer depressiven Episode nach etwa drei Monaten abzuklingen und die Betroffenen spüren nach drei bis 12 Monaten eine Besserung (APA, 2015, S. 223).

3.1.5 Risiko- und Schutzfaktoren

Gemäss Laux (2017) sind folgende Faktoren ein Risiko für eine depressive Erkrankung: «weibliches Geschlecht, alleinlebend, soziale Isolation, Arbeitslosigkeit, niedriger sozioökonomischer Status, körperliche Erkrankungen und Behinderungen sowie eine

Depressionsanamnese (positive Familienanamnese, eigene frühere Depression)» (S. 1714). Beesdo-Baum und Wittchen (2011) bezeichnen zudem psychosoziale Stressoren (z.B. Tod einer geliebten Person) und Lebensereignisse (z.B. Trennung der Eltern) als Risikofaktoren (S. 888).

Ergebnisse der Forschung legen nahe, dass folgende Faktoren als protektiv für eine depressive Erkrankungen gelten: Lebenssinn, soziale Netzwerke, stabile Beziehung zur Partnerin oder zum Partner, Copingstrategien, intellektuelle und physische Aktivität, Leidenschaft für Musik, Kunst oder Natur sowie Religiosität (Laux, 2017, S. 1727).

3.1.6 Komorbidität

Empirisch konnte belegt werden, dass eine depressive Erkrankung mit einer ausgeprägten Komorbidität (Begleiterkrankung) einhergeht (Beesdo-Baum & Wittchen, 2011, S. 888). Das bedeutet, dass Personen mit einer Depression häufiger an zwei oder mehr chronischen Erkrankungen leiden als Personen ohne Depression (Schuler et al., 2020, S. 40). Die Komorbidität führt zu grösseren Beeinträchtigungen wie auch zu einer ungünstigeren Prognose bezüglich der Depression und der komorbid auftretenden Erkrankung. Angststörungen weisen die höchsten Komorbiditätsraten mit der Depression aus. Sie sind ein gewichtiger Risikofaktor für das Auslösen einer Depression, einem schlechten Krankheitsverlauf sowie einer höheren Suizidalität (Beesdo-Baum & Wittchen, 2011, S. 888).

Zur Depression können Komorbiditäten zu psychischen Störungen wie auch zu körperlichen Krankheiten festgestellt werden (ebd.).

3.1.7 Behandlung

Das verständnisvolle, stützende Gespräch gilt gemäss Laux (2017) als Behandlungsgrundlage einer Depression (S. 1748). Mögliche Behandlungen lassen sich in zwei Kategorien einteilen: pharmakologische / somatische und psychologische Therapien. Eine Kombination beider Therapieformen kann sinnvoll sein (Beesdo-Baum & Wittchen, 2011, S. 898). Grundsätzlich werden folgende Behandlungsstrategien voneinander differenziert: «Akutbehandlung, Langzeittherapie, Erhaltungstherapie (6-18 Monate) und Rezidivprophylaxe (Rückfallverhütung; jahre- bis lebenslang)» (Laux, 2017, S. 1748).

Mithilfe von verschiedenen Methoden können Fachpersonen der Sozialen Arbeit zur Unterstützung einer Person, welche an einer Depression leidet, beitragen. Dies wird im Rahmen der Sozialpädagogischen Familienbegleitung (vgl. Kap. 4.2) näher ausgeführt.

3.1.8 Spezialfall: Postpartale Depression

Erkrankt eine Mutter oder ein Vater innerhalb eines Jahres nach der Geburt an einer depressiven Erkrankung, spricht man von einer postpartalen Depression. Die Symptomatik unterscheidet sich kaum zu anderen Formen der Depression. Eine auffallende Besonderheit ist beispielsweise die ausgeprägte emotionale Labilität (Riecher-Rössler, 2008, S. 11).

Die Autorinnen der vorliegenden Arbeit werden nicht näher auf die postpartale Depression eingehen, da gemäss Riecher-Rössler (2008) heute davon ausgegangen wird, dass eine depressive Erkrankung in der Zeit nach der Geburt nicht erheblich häufiger vorkommt als bei Gleichaltrigen, welche keine Geburt hatten (S. 11).

Da nun die zentralen Eckpunkte der Depression aufgezeigt wurden, werden diese im Folgenden mit den Grundlagen der Erziehungsfähigkeit des Kapitels 2 in Verbindung gebracht.

3.2 Auswirkungen der Depression auf die Erziehungsfähigkeit und die Entwicklung der Kinder

Zu Beginn dieses Kapitels ist es den Autorinnen ein Anliegen, anzumerken, dass keine allgemeingültigen Aussagen über die Auswirkungen einer Depression auf die Erziehungsfähigkeit gemacht, sondern lediglich Tendenzen oder mögliche Schwierigkeiten aufgezeigt werden können. Jeder Elternteil, jedes Kind, jede Familie bringt andere Voraussetzungen, Risikofaktoren und Ressourcen mit, wodurch jede Situation individuell beurteilt werden muss. Zudem kann sich eine Situation durch das Erschliessen von Ressourcen schnell verändern.

Eine Depression lässt sich im Systemischen Entwicklungsmodell nach Guralnick auf der Ebene der Familienressourcen verorten. Im Modell wird dargestellt, dass sich die Familienressourcen, und somit die psychische Gesundheit, sowie deren mögliche Einschränkung auf jede weitere Ebene und jeden Bereich des Modells auswirken (vgl. Kap. 2.4). Dies wird folgend aufgezeigt.

In den vorangegangenen Kapiteln wurde Erziehungsfähigkeit dadurch definiert, dass die altersentsprechenden Bedürfnisse des Kindes erkannt und erfüllt werden (vgl. Kap. 2.1). Zudem wurde ausgeführt, welche Grundbedürfnisse jedes Kind hat (vgl. Kap. 2.2) und welche Bedürfnisse in unterschiedlichen Altersstufen an Bedeutung gewinnen (vgl. Kap. 2.4.1). Diese Themen werden nun den Symptomen einer Depression gegenübergestellt und es wird analysiert, welche Auswirkungen sich daraus schliessen lassen. Zudem beleuchten die Autorinnen den Effekt einer depressiven Erkrankung auf die Erziehungsstile der Eltern. Abschliessend folgt eine Schlussfolgerung bezogen auf die Erziehungsfähigkeit.

Nachfolgend werden die Ausführungen zu den Auswirkungen nach Altersstufen geordnet und mit Tabellen zu den entsprechenden Entwicklungsaufgaben (vgl. Kap. 2.4.1) und den

elterlichen Anforderungen (vgl. Kap. 2.5) eingeleitet. Da die Entwicklungsaufgaben wie auch die elterlichen Anforderungen in vorangegangenen Kapiteln bereits ausgeführt wurden, sind die Tabellen zwecks Übersichtlichkeit verdichtet³ gehalten.

Die Schilderungen, die zu den jeweiligen Altersstufen gemacht werden, sind in diesem Alter typisch, jedoch meist auch in den anderen Altersstufen ein Thema.

3.2.1 Auswirkungen der Depression nach Altersstufen

0- bis 3-Jährige

Tabelle 1

Entwicklungsaufgaben und elterliche Anforderungen für das Alter von 0 bis 3 Jahren.

Entwicklungsaufgaben 0- bis 3-Jährige	Elterliche Anforderungen
<ul style="list-style-type: none"> • Bindung • Reinlichkeitsentwicklung (sauber werden) • Haltungs- und Bewegungssteuerung (z.B. Kopf heben, krabbeln, laufen) • Fein- und Visuomotorik (z.B. Greifen, zeichnen) • Sprachentwicklung (z.B. reagiert auf Personen, Wortannäherungen, kurze Sätze) • Kognitive Entwicklung (z.B. findet Gegenstände, Formen und Farben ordnen) • Emotionale Entwicklung (z.B. zeigt und erkennt Emotionen, sucht Blickkontakt) • Soziale Entwicklung (z.B. zeigt Interaktionsausdruck, will helfen) • Werte- und Normsystem entwickeln (z.B. akzeptiert Vorgaben) 	<ul style="list-style-type: none"> • Bindungsaufbau / Einstellung auf das Kind • Grundlegende Entwicklungsbedürfnisse wahrnehmen und erfüllen / Pflege, Schutz und Unterstützung bieten • Aufmerksamkeit, Körper- und Blickkontakt, Feinfühligkeit, positive Grundeinstellung • Förderung von Lernprozessen / Einrichten von Lernsituationen (anregende Materialien anbieten, stimulieren, ermutigen, Grenzen setzen) • Gestaltung einer altersentsprechenden Umgebung (Erkundungsmöglichkeiten) • Anpassung des familiären Lebensstils an das Kind (Rituale)

Erläuterung: Die Tabelle bezieht sich auf die Ausführungen in Kapitel 2.4.1 und Kapitel 2.5.

Die Autorinnen gehen davon aus, dass ein Elternteil, welcher aufgrund der akuten Phase einer Depression Symptome wie gedrückte Stimmung, Interessensverlust oder Aufmerksamkeitsdefizite zeigt, mit hoher Wahrscheinlichkeit wenig sensibel und positiv auf das Kind reagieren und auf dessen Bedürfnisse eingehen kann. Gerade das Wahrnehmen und Befriedigen von verbal sowie nonverbal ausgedrückten Bedürfnissen des Babys oder Kleinkindes erfordern

³ Die Inhalte der Tabellen wurden aus Kapitel 2.4.1 - Entwicklungsaufgaben und Kapitel 2.5 - Elterliche Aufgaben zusammengesetzt. Die Primärquellen werden in den genannten Kapiteln aufgeführt. Zur besseren Lesbarkeit wird auf die erneute Nennung der Quellen verzichtet.

eine hohe Aufmerksamkeit (vgl. Kap. 2.5), welche durch die Depression eingeschränkt sein kann (vgl. Kap. 3.1.1). Durch die fehlende elterliche Resonanz, wie beispielsweise die Feinfühligkeit oder die Responsivität, kann die Entwicklung eines positiven Selbstwertgefühls und einer hohen Selbstwirksamkeit des Kindes erschwert werden, was wiederum zu einer Entwicklungsverzögerung führen kann (Schrappe, 2018, S. 54; Pretis & Dimova, 2016, S. 120). Die «anwesende Abwesenheit» (Wiefel & Lehmkuhl, 2004, S. 29) der Betreuungsperson wirkt auf Kleinkinder gleich wie eine reale Trennung (ebd.).

Aufgrund der eben genannten Symptome und eines verminderten Selbstvertrauens, folgern die Autorinnen, dass sich der betroffene Elternteil überfordert fühlen kann und dem Kind dadurch weniger Beachtung schenkt (vgl. Kap. 2.6). Da Babys und Kleinkinder besonders auf die Unterstützung und Versorgung ihrer Bezugspersonen angewiesen sind, ist der Schutzbedarf in diesem Alter am grössten (vgl. Kap. 2.5). Bleibt die Versorgung und / oder der Schutz aus, kann dies zu einer Kindeswohlgefährdung (vgl. Kap. 3.7.6) führen.

Plattner (2017a) bestätigt, dass die Erziehungsfähigkeit in den akuten Phasen einer mittelschweren oder schweren depressiven Erkrankung stark eingeschränkt sein kann. Besonders bei Säuglingen und Kleinkindern besteht bei einer Depression die Gefahr einer Kindeswohlgefährdung durch eine körperliche Vernachlässigung. Babys sind zusätzlich dem Risiko einer Bindungsstörung ausgesetzt (S. 43).

Die Autorinnen schlussfolgern, dass durch die Symptome der Depression, die Bindungssignale des Kindes allgemein kaum erkannt werden und dementsprechend wenig darauf reagiert wird.

In einem akuten Krankheitsschub verhält sich eine depressiv erkrankte Person nicht mehr wie vorher, wodurch die Berechenbarkeit der Handlungen verändert und eingeschränkt wird. Gemäss Kraemer (2017) fühlen sich Kinder auch in gefährlichen Situationen versorgt, wenn das Verhalten der Bezugsperson vorhersehbar ist. Diese Gewissheit ermöglicht es dem Kind, seine Umwelt zu erkunden (S. 50).

Da die Vorhersehbarkeit somit ein zentraler Aspekt ist, um eine Bindung aufzubauen, schliessen die Autorinnen, dass im Falle einer Depression eine sichere Bindung nur erschwert entwickelt werden kann. Dabei spielt es jedoch eine Rolle, wie lange die Episode andauert und wie alt das Kind der betroffenen Person ist.

Nach Wiegand-Grefe (2010) zeigen Kinder von Eltern mit einer Depression häufig eine desorganisierte oder vermeidende Bindung (S. 12). Diese unsicheren Bindungsstile führen möglicherweise dazu, dass das Kind später schlechtere Beziehungen zu Peers hat, vermehrt aggressives Verhalten sowie Fehlanpassungen zeigt (Ramsauer, 2011, S. 176).

Die Autorinnen schlussfolgern, dass durch die erhöhte Ermüdbarkeit des depressiven Elternteils Interaktionen zwischen diesem und dem Kind weniger häufig stattfinden. Pretis und Dimova (2016) betonen diesbezüglich, dass bei Personen mit einer depressiven Erkrankung

die Stimme leise ist, die Sätze teilweise nicht zu Ende gesprochen werden, die Person sich verzögert bewegt und in ihrer Aktivität allgemein stark eingeschränkt ist (S. 120). Kleinkinder werden daher vom depressiv erkrankten Elternteil oft dem alleinigen Spiel überlassen. Auch bleibt die elterliche Anregung häufig aus, womit die Lernerfahrung fehlt (Schrappe, 2018, S. 55). Weiter ist für die kindliche Entwicklung eine adäquate Umgebung wichtig. Dies heisst beispielsweise, dass das Kind vor der Verletzungsgefahr durch scharfe Kanten geschützt wird (Plattner, 2017f, S. 105). Aufgrund der eben genannten Symptome rechnen die Autorinnen damit, dass dieser Schutz in einer akuten Episode teilweise nicht gewährleistet werden kann.

Babys kontrollieren normalerweise die Interaktion durch Augenkontakt. Dabei hält die Mutter oder der Vater den Blickkontakt, während das Baby diesen teilweise unterbricht (Reck et al., 2001, S. 172). Eine depressive Erkrankung kann dazu führen, dass der Blickkontakt zum Kleinkind meist durch den erkrankten Elternteil unterbrochen oder gar vermieden wird (S. 175). Das Baby reagiert vermeidend darauf (z.B. spärliche Blickkontaktaufnahme, Wegdrehen des Kopfes usw.). Dieses Verhalten zeigt das Kind, um sich selbst vor dem negativen Einfluss des erkrankten Elternteils zu schützen (Pretis & Dimova, 2016, S. 120). Beim Kind treten dadurch vermehrt depressive Symptome auf, was als Spiegelung des erkrankten Elternteils verstanden wird (Reck et al., 2001, S. 175).

Eine lebendige Mimik der Bezugsperson fördert den Austausch von positiven Gefühlen. Bei Personen, welche an einer Depression erkrankt sind, zeigt sich im Gesichtsausdruck jedoch oftmals eine Anspannung und negative Emotionen (Kraemer, 2017, S. 53). Bereits Säuglinge spüren die Trauer des erkrankten Elternteils und leiden mit (Pretis & Dimova, 2016, S. 120). Die oftmals ausbleibenden liebevollen Körperberührungen können die Entwicklung der Körperwahrnehmung des Kindes beeinträchtigen (Kraemer, 2017, S. 53).

Durch die Erkrankung fällt es der betroffenen Person schwer, Emotionen zu zeigen und auf die Emotionen des Gegenübers einzugehen. Beim Kind entstehen dadurch emotionale Defizite (Plattner, 2017a, S. 43). Es hat diesbezüglich kein Vorbild, an dem es sich orientieren kann und welches ihm hilft, das Gefühlsspektrum zu erfahren und zu bejahen (Schrappe, 2018, S. 54). Eltern regulieren die Emotionen der Neugeborenen vollständig, erst als Säugling fängt das Kind an seine Emotionen ansatzweise zu kontrollieren. Im Kleinkind-Alter übernehmen Eltern und Kind gleiche Teile der Emotionsregulation. Somit ergibt sich, dass beim Auftritt einer depressiven Erkrankung eines Elternteils in den ersten Lebensjahren des Kindes, eine Beeinträchtigung der kindlichen Emotionsregulation entstehen kann (Plattner, 2017f, S. 106).

Eltern sollen das Verhalten ihrer Kinder durch Reaktionen bestärken oder einschränken (vgl. Kap. 2.5). Da der Elternteil während einer depressiven Episode eingeschränkt reagiert, gehen die Autorinnen davon aus, dass dadurch das Kind zunehmend unerwünschtes Verhalten zeigt, da es keine Reaktion auf sein Benehmen erhält und ihm durch das fehlende Feedback die Orientierung fehlt.

Die dargelegten Auswirkungen einer Depression auf die Erziehungsfähigkeit wie auch auf das Kind werden im Still-Face-Experiment (Tronick, Brazelton & Als, 1978) deutlich:

Im Experiment wurde die Reaktion von Kleinkindern auf das Unterbrechen und die Wiederaufnahme einer liebevollen Situation zwischen dem Kind und seiner Bezugsperson untersucht. Durch erhöhte Aktivität und Annäherungsversuche probierten Kinder von Müttern ohne depressive Erkrankung ihre Bezugsperson wieder zu aktivieren. Bei erfolglosen Versuchen reagierten die Kinder überrascht. Nach längerem Nichtgelingen äusserten sie zunehmend Stressreaktionen, wie beispielsweise Wegdrehen oder Weinen. Kinder von Müttern, die an einer Depression litten, strengten sich jedoch weniger an, ihre Mutter wieder zu aktivieren, sondern zogen sich eher zurück ohne Initiative zu zeigen. Zudem versuchten sie sich häufiger selbst zu beruhigen, ohne vorgängig den Versuch zu starten, mit der Mutter in einen erneuten Austausch zu kommen. Das gezeigte Verhalten von Kindern mit einer depressiv erkrankten Mutter wird durch ihre Erfahrung der eigenen Ineffektivität sowie der gering ausgeprägten Selbstwirksamkeit begründet (Reck et al., 2001, S. 175-176).

Wie gross die Auswirkungen einer akuten elterlichen Depression sind, ist je nach Alter des Kindes unterschiedlich. So wirkt sich eine elterliche depressive Erkrankung im ersten Lebensjahr eines Kindes erheblich auf dieses aus. Wenn der betroffene Elternteil jedoch bereit ist, die Depression zu behandeln, kann davon ausgegangen werden, dass sich Verbesserungen in der kindlichen Entwicklung erkennen lassen (Ludewig et al., 2015, S. 591).

4- bis 12-Jährige

Tabelle 2

Entwicklungsaufgaben und elterliche Anforderungen für das Alter von 4 bis 12 Jahren.

Entwicklungsaufgaben 4- bis 6-Jährige	Elterliche Anforderungen
<ul style="list-style-type: none"> • Haltungs- und Bewegungssteuerung (z.B. Klettern, Fahrrad fahren) • Fein- und Visuomotorik (z.B. Perlen auffädeln, Schlüssel benutzen) • Sprachentwicklung (z.B. Geschichten erzählen) • Kognitive Entwicklung (z.B. zählen, Körperteile benennen) • Emotionale Entwicklung (z.B. Gefühlszustände beschreiben) • Soziale Entwicklung (z.B. teilen und warten können) 	<ul style="list-style-type: none"> • Bei Herausforderungen mit dem Kindergarten- und Schuleintritt unterstützen (Umgang mit Lehrpersonen oder Peers) • Bedürfnisse des Kindes wahrnehmen und erfüllen (ausreichend Schlaf, Nahrung, Flüssigkeit, Bewegung, Körperpflege, Unterstützung, Zuwendung und Geborgenheit) • Anerkennen, loben, anregen, anleiten und Grenzen setzen • «Warum-Fragen» tolerieren

<ul style="list-style-type: none"> • Werte- und Normsystem entwickeln (z.B. Vorgaben akzeptieren, Konflikte bewältigen) 	<ul style="list-style-type: none"> • Anpassung des familiären Lebensstils an das Kind (Rituale, Tagesstruktur) • Den Erziehungsstil an die Erwartungen des Kindergartens und der Schule anpassen • Unterstützung beim Erbringen von Leistung • Hausaufgabenbetreuung • Lernsituationen schaffen, Anregung und Kontrolle • Kindgerechte Wohnungsgestaltung und Lebensumgebung (Schutz vor negativen Einflüssen, Kind soll Freunde einladen können und draussen spielen) • Konflikte gemeinsam bewältigen • Dem Kind Verantwortung für Aufgaben in der Familie übertragen • Unternehmungen als Familie
<p>Entwicklungsaufgaben 7- bis 12-Jährige</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Integration in die Schule • Freundschaftsaufbau • Moralisches Urteilsvermögen entwickeln • Umgang mit Autoritätspersonen und Instanzen • Körperbeherrschung • Motivation und Leistungsbereitschaft • Kulturtechniken erlernen • Freizeitgestaltung 	

Erläuterung: Die Tabelle bezieht sich auf die Ausführungen in Kapitel 2.4.1 und Kapitel 2.5.

Für Kinder in diesem Alter ist Anerkennung, Zuwendung und Lob sehr wichtig (vgl. Kap. 2.5). Aufgrund der Symptome einer Depression wie Freudlosigkeit, gedrückte Stimmung und die fehlende Fähigkeit bei positiven Ereignissen emotional zu reagieren, folgern die Autorinnen, dass es dem betroffenen Elternteil schwerfällt, dies überhaupt oder glaubwürdig auszudrücken. Gemäss Salzgeber (2020) wenden sich besonders depressiv erkrankte Väter kaum noch ihren Kindern zu (S. 548). Wie bereits erwähnt, ist zudem der Sprachausdruck normalerweise reduziert und wertschätzende Rückmeldungen, die das Selbstwertgefühl eines Kindes stärken, sind selten (Ludewig et al., 2015, S. 588).

Plattner (2017a) weist darauf hin, dass Personen, welche an einer Depression erkrankt sind, oftmals eine negative und pessimistische Sicht auf das Leben haben. Diese Sicht kann sich auf das Kind ausweiten, wodurch dieses wiederholt kritisiert und abgewertet wird. Dies verstärkt sich infolge der Gereiztheit, welche durch das Bedürfnis nach Ruhe und der daraus resultierenden Überforderung beim betroffenen Elternteil entstehen kann (S. 43). Für Kinder stellt dieses ablehnende Verhalten des Elternteils eine grosse Belastung dar (S. 42).

Die Autorinnen gehen davon aus, dass es für Personen, welche aufgrund der Symptome einer Depression kaum aus dem Bett kommen, zu einer grossen Herausforderung werden kann, dem Kind einen geordneten Tagesablauf zu bieten. Sie schlussfolgern, dass dies mit dem Eintritt in den Kindergarten und die Schule relevanter wird, da das Kind zu bestimmten Zeiten an bestimmten Orten sein muss und genügend Schlaf, Nahrung, Bewegung, Körperpflege etc. benötigt (vgl. Kap. 2.5). Diese Punkte können durch die Verminderung des Antriebs, die erhöhte Ermüdbarkeit und geringe Aufmerksamkeit beeinträchtigt werden. Zudem kann der

verminderte Appetit einer depressiven Person dazu führen, dass das Kind nicht oder nicht zu angemessenen Zeiten ernährt wird (z.B. in der Mittagspause). Der Eintritt in den Kindergarten oder in die Schule bedeutet, dass neue Aufgaben für die Eltern wie auch die Kinder hinzukommen. Dies kann für die an einer Depression erkrankten Person zur Überforderung führen, da ihr das Selbstvertrauen und der nötige Antrieb fehlt. Zudem kann eine Schlafstörung oder ein Stimmungstief am Morgen es dem betroffenen Elternteil zusätzlich erschweren, das Kind zu wecken, ihm Frühstück zu machen und es für den Kindergarten oder die Schule parat zu machen, beziehungsweise es womöglich dorthin zu begleiten.

Die Autorinnen schlussfolgern demnach, dass Unterversorgung der körperlichen Bedürfnisse, Zuspätkommen, keine Unterstützung bei den Hausaufgaben oder schlechte Schulleistungen mögliche Folgen für die Kinder sein können.

Gleichzeitig können die täglichen ausserhäuslichen Betätigungen des Kindes aber auch eine Entlastung für den betroffenen Elternteil darstellen.

Ein Kind benötigt Unterstützung im Umgang mit anderen Kindern aus dem Kindergarten, der Schule oder den Lehrpersonen (vgl. Kap. 2.5). Aufgrund der Fokussierung auf die eigenen Probleme, fühlt sich der betroffene Elternteil möglicherweise überfordert diese Unterstützung anzubieten.

Nach Ludewig et al. (2015) schätzt ein Elternteil, welcher an einer Depression erkrankt ist, seine Kinder als besonders herausfordernd ein. Wenn sein Kind eine neue Entwicklungsaufgabe zu bewältigen hat, fällt es dem Elternteil schwer, das nötige Durchsetzungsvermögen aufzubringen und Grenzen aufzuzeigen (S. 588). Wenn Entwicklungsaufgaben dadurch unbefriedigend bewältigt werden, kann dies eine Entwicklungsverzögerung zur Folge haben (vgl. Kap. 2.4.1).

Oftmals kommt es zu Konflikten, wenn Eltern Grenzen setzen (vgl. Kap. 2.5). Eltern benötigen diesbezüglich viel Energie, um den Konflikt gemeinsam mit dem Kind zu bewältigen. Aufgrund der erhöhten Ermüdbarkeit und geringeren Geduld, folgern die Autorinnen, dass der an einer Depression erkrankte Elternteil wenig Kraft für ausführliche, immer wiederkehrende Diskussionen mit dem Kind hat, was zu inkonsistentem Verhalten führen kann.

Schuldgefühle und die Angst, das Kind «seelisch zu zerstören» prägen häufig die Eltern-Kind-Beziehung von Elternteilen, die an einer Depression leiden (Müller, 2008, S. 145). Die Autorinnen führen dies mit einem Beispiel aus: Wenn ein Kind aufgrund von Mobbing Erfahrungen Traurigkeit zeigt, hat der erkrankte Elternteil Schuldgefühle, dem Kind durch die eigene Krankheit geschadet zu haben. Er entwickelt auf dieser Basis negative Zukunftsperspektiven, wie beispielsweise, dass sein Kind nun ebenfalls an einer Depression erkrankt. Diese negative Sicht kann sich dem Kind durch Aussagen über künftige Probleme zeigen. Dies wirkt sich wiederum negativ auf das Kind aus. So entsteht gewissermassen eine Negativspirale.

Je nach Schweregrad der Depression fällt es dem betroffenen Elternteil schwer, beruflichen, sozialen oder häuslichen Aktivitäten nachzugehen (vgl. Kap. 3.1.4). Dies führt zu Isolation, was bei Kindern, welche viel von Gleichaltrigen und anderen Erwachsenen lernen, wenig förderlich für die Entwicklung ist (vgl. Kap. 2.5). Zudem fehlen möglicherweise Anregungen durch neue Situationen. Durch die soziale Isolation fühlen sich die Kinder allein gelassen. Sie wissen nicht, an wen sie sich mit ihren Problemen wenden können (Mattejat, 2014, S. 88). Die Kinder denken, dass sie von niemandem verstanden werden. Auch vertrauen sie sich nicht dem kranken Elternteil an, weil sie nicht wollen, dass dieser noch mehr belastet wird (Plattner, 2017f, S. 108).

Je älter ein Kind ist, desto öfter darf es alleine draussen spielen. Depressiv erkrankte Personen zeigen jedoch häufig eine übervorsichtige Grundtendenz, wodurch sie das Kind möglicherweise nicht allein draussen spielen lassen möchten. Dieser Freiraum wäre jedoch für die Entwicklung eines Kindes förderlich (vgl. Kap. 2.4.1). Kindern gelingt es nur schwer, dieses überbehütende Verhalten des erkrankten Elternteils einzuordnen, da es sonst die Antriebslosigkeit und das Nichtreagieren erlebt (Pretis & Dimova, 2016, S. 121).

Zwar können Eltern ihren Kindern in diesem Alter mehr Aufträge übergeben, dies sollte aber in einem altersgerechten Mass geschehen (vgl. Kap. 2.5). Wenn Elternteile mit einer psychischen Erkrankung von den alltäglichen Anforderungen überwältigt sind, beginnen Kinder sich selbst zu organisieren (Müller, 2008, S. 149). Oftmals sorgen sich gerade ältere Kinder um den betroffenen Elternteil und fühlen sich verantwortlich für ihn oder übernehmen die Verantwortung für die jüngeren Geschwister. In Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil ist diese Verantwortungsübernahme nicht ungewöhnlich (Salzgeber, 2020, S. 548). Im Fachdiskurs wird die Rollenumkehr «Parentifizierung» genannt. Wenn das Kind, welches Elternaufgaben übernimmt, eine Ansprechperson hat, der es sich anvertrauen kann und es für die geleistete Arbeit Anerkennung erhält, dann steigert dies das Selbstbewusstsein des Kindes. Diese Art von Parentifizierung nennt man adaptiv. Als Gegensatz dazu gibt es die destruktive Parentifizierung: Das Kind übernimmt dabei für seinen Entwicklungsstand unangemessene und übermässige Aufgaben, was beispielsweise ein instabiles Selbstwertgefühl, Introversion oder soziale Isolation auslösen kann (Plattner, 2017f, S. 110). Die Kinder erleben den kranken Elternteil als hilflos, passiv und traurig. Deshalb bieten sie ihm oftmals seelische Unterstützung an, trösten und muntern ihn auf (Plattner, 2017a, S. 42).

Die Kinder von depressiven Eltern zeigen meist ein introvertiertes und überangepasstes Verhalten. Dies bleibt häufig bis zur Adoleszenz unbemerkt, erst dann werden Krisen für Aussenstehende sichtbar (Plattner, 2017a, S. 42). Zudem zeigen sie Einschränkungen in den Gedächtnisfunktionen wie auch Auffälligkeiten bezüglich ihrer Emotionen (Salzgeber, 2020, S. 548). Ab dem Vorschulalter gelingt es dem Kind, seine Emotionen selbst zu regeln. Jedoch

braucht es diesbezüglich dennoch Unterstützung eines Elternteils, da es mit steigendem Alter auch sozial komplexere Situationen antrifft (Plattner, 2017f, S. 106).

Lenz (2014) bezieht sich auf seine Studie aus dem Jahr 2005, in welcher er die Gefühlslage und Gedankengänge von 7- bis 18- Jährigen mit einem psychisch erkrankten Elternteil erfragt hat. Im Folgenden werden die wichtigsten Erkenntnisse der jüngeren Teilnehmenden dargestellt: Die Kinder berichteten von Gefühlen des Verlustes, der Hoffnungslosigkeit und der Trauer. Noch stärker empfanden sie die Gefühle der Schuld. Wissen sie nicht, was der Auslöser der elterlichen Krankheit ist, nehmen sie an, dass sie schuld an der Erkrankung sind, weil sie beispielsweise frech waren oder nicht gehorcht haben. Auch Angstgefühle wurden häufig genannt. Hierzu gehört die Angst vor der Trennung eines Elternteils aufgrund einer stationären Behandlung oder die Sorge, der Mutter oder dem Vater könnte etwas zustossen. Diese Angst kann so gross werden, dass die Kinder am liebsten zu Hause bleiben würden, damit sie etwas Schlimmes verhindern können. Die Verantwortung, die sie in diesen Fällen mit sich tragen, macht sie hilflos und ohnmächtig (Lenz, 2014, S. 93-94). Besonders ein längerer Krankheitsverlauf verstärkt die Gefühle der Hoffnungslosigkeit, der Resignation und der Demoralisierung. Dies wiederum kann, wie bereits erwähnt, bewirken, dass das Kind depressive Symptome zeigt. Die Kinder fühlen sich vernachlässigt, ungerecht behandelt und ungeliebt, wenn die Anteilnahme, Wertschätzung, liebevolles Interesse und Zärtlichkeit, die sie sich wünschen, ausbleibt (S. 95).

Treten Anzeichen für eine erneute depressive Episode des Elternteils auf, werden diese von den Kindern rasch erkannt und sie übernehmen sofort alltägliche Arbeiten, um den erkrankten Elternteil zu entlasten und somit ihrer eigenen Trennungsangst vorzubeugen (S. 95-96).

13- bis 20-Jährige

Tabelle 3

Entwicklungsaufgaben und elterliche Anforderungen für das Alter von 13 bis 20 Jahren.

Entwicklungsaufgaben 13- bis 20-Jährige	Elterliche Anforderungen
<ul style="list-style-type: none"> • Schulische Aufgaben bewältigen • Berufswahl und Ausbildung • Emotionale Loslösung vom Elternhaus • Beziehungen zur Peergruppe • Die eigene Sexualität entdecken • Veränderungen des Körpers und das eigene Aussehen annehmen • Die eigene Identität entwickeln • Die männliche oder weibliche Geschlechterrolle ausgestalten 	<ul style="list-style-type: none"> • Unterstützungsbedarf erkennen • Wunsch nach Unabhängigkeit akzeptieren • Forderungen und Regeln aufstellen, Grenzen setzen, Unterstützung anbieten • Konflikte gemeinsam bearbeiten und lösen • Reduktion der elterlichen Kontrolle / Förderung der Eigenverantwortung • Monitoring der Freizeitbeschäftigung • Begleitung und Ermöglichung des Umzugs ins Eigenheim

<ul style="list-style-type: none"> • Freizeitgestaltung • Ein angemessenes Konsumverhalten entwickeln • Umgang mit Autoritätspersonen und Instanzen • Ein eigenes Wertesystem aufbauen • Zukunftsaussichten entwickeln • Eigene Haushaltsführung • Eigenes soziales Netzwerk pflegen 	<ul style="list-style-type: none"> • Distanz auf der emotionalen Ebene ermöglichen
---	---

Erläuterung: Die Tabelle bezieht sich auf die Ausführungen in Kapitel 2.4.1 und Kapitel 2.5.

Im Vergleich zu jüngeren Kindern verfügen Jugendliche über mehr Ressourcen: Ihre Reflexionsfähigkeit ist erhöht und sie besitzen sprachliche Mittel um ihre Gefühle sowie Gedanken auszudrücken. Soziale Kontakte ausserhalb der Familie ermöglichen Jugendlichen ein Stück weit Entlastung und Ablenkung. Die ausgeführten Kompetenzen tragen zu einer äusserlichen Loslösung aus der belastenden familiären Situation bei. Innerlich bleiben sie jedoch stark mit der Familie verstrickt (Lenz, 2014, S. 96-97).

Die Einschränkungen in den vorherigen Altersstufen können auch in der folgenden Phase noch relevant sein, wie beispielsweise die unerfüllten Bedürfnisse und die fehlende Unterstützung. Plass und Wiegand-Grefe (2012) führen hierzu aus, dass sich depressiv erkrankte Eltern oftmals überfordert fühlen, ihren Kindern besonders bei folgenden Entwicklungsaufgaben Unterstützung zu bieten: selbständig zu werden, Autonomie zu entwickeln und Kompetenzen zu erwerben (S. 64). Diese Themen werden im Jugendalter zentral (vgl. Kap. 2.4.1).

Die Pubertät löst bei Jugendlichen Fragen und Probleme aus. Die Autorinnen gehen davon aus, dass es für eine depressiv erkrankte Person herausfordernd ist, ihrem Kind in diesen Situationen unterstützend beizustehen, da sie selbst mit ihren eigenen Gefühlen und Selbstwertproblemen zu kämpfen hat. Weiter müssen im Jugendalter Regeln immer wieder neu ausgehandelt werden. Durch den verminderten Antrieb des erkrankten Elternteils schlussfolgern die Autorinnen, dass hierfür oftmals die Kraft fehlt.

Junge Menschen sind auf der Suche nach Unabhängigkeit und wollen sich von den Eltern ablösen. In Krisenzeiten sind sie aber trotzdem bereit, mehr familiäre Aufgaben zu übernehmen. Dies entspricht ihrem Entwicklungsstand und ist bis zu einem gewissen Grad angemessen. Wenn sie sich jedoch gezwungen fühlen, Verantwortung für ihre Familie zu übernehmen, können sie ihre Entwicklungsaufgaben nicht adäquat bewältigen (Plass & Wiegand-Grefe, 2012, S. 63).

Um sich vor den Ängsten und Bedrohungen zu schützen, denen sie durch die elterliche psychische Krankheit ausgesetzt sind, grenzen sich Jugendliche oftmals vom betroffenen Elternteil ab und flüchten sich in Fantasiewelten oder äussern die Abgrenzung mit offener

aggressiver Ablehnung. Diese Abgrenzung führt wiederum zu Selbstvorwürfen und Schuldgefühlen gegenüber dem erkrankten Elternteil. Diese Phasen sind begleitet von Trauer, Verzweiflung, tiefem Mitgefühl, Hilflosigkeit und Hoffnungslosigkeit. Sie empfinden sich in der Familie als unentbehrlich und fühlen sich oft zu mehr Verantwortungsübernahme gegenüber dem erkrankten Elternteil gedrängt (Lenz, 2014, S. 97-98). Dabei führen sie einen ständigen Kampf zwischen dem Gefühl der Verantwortung, die sie gegenüber dem erkrankten Elternteil spüren und dem Wunsch der Abgrenzung, um sich selbst zu schützen (Gutmann, 2008, S. 113).

Wenn Jugendliche nach mehr Unabhängigkeit streben, kann der depressiv erkrankte Elternteil auch überfürsorglich reagieren. Die Autorinnen folgern, dass durch die Überfürsorglichkeit elterliche Kontrolle kaum reduziert und die Eigenverantwortung wenig gefördert wird. Die emotionale Distanzierung könnte sich dadurch schwierig gestalten. Zudem hat ein Elternteil, welcher an einer Depression leidet, möglicherweise das Gefühl, er habe das Kind durch die Auswirkungen der Depression negativ geprägt. Wenn das Kind ausziehen möchte, kann es dem Elternteil dadurch schwer fallen dieses loszulassen (emotionale Verstrickung - vgl. Kap. 2.5). Dies wird durch negative Zukunftsperspektiven verstärkt. Für die Eltern folgt eine neue, unbekannte Situation, welche neue Herausforderungen mit sich bringt.

Aufgrund der bereits ausgeführten Schuldgefühle erkrankter Elternteile, gehen die Autorinnen jedoch auch davon aus, dass manche Eltern froh sind, wenn das Kind durch den Wegzug dem Einfluss der Depression nicht mehr ausgesetzt ist.

Jugendliche aus Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil sind möglicherweise ebenfalls noch stark mit dem Elternteil verbunden, denn gemäss Plass und Wiegand-Grefe (2012) setzen sie sich kaum kritisch mit den Verhaltensweisen der Eltern auseinander (S. 63). Die Vorbildfunktion der Eltern ist jedoch aufgrund der Auswirkungen der Krankheit beeinträchtigt (S. 64). Die Jugendlichen sind enttäuscht über den Verlust der Mutter oder des Vaters als Identifikationsobjekt. Dadurch wenden sie sich an den gesunden Elternteil, welcher jedoch aufgrund eigener Überlastung meist nicht in der Lage ist, diese Vorbildfunktion zu erfüllen. Vielmehr wendet dieser sich an die Jugendliche oder den Jugendlichen mit der Hoffnung seinerseits Unterstützung zu erhalten. Dies kann dazu führen, dass die Heranwachsenden zwischen die Elternteile gelangen und es somit zu Loyalitätskonflikten kommt, was wiederum den Ablösungsprozess erschwert (Lenz, 2014, S. 98-99).

Im Folgenden gehen die Autorinnen kurz auf die Ängste und Sorgen der Jugendlichen ein, die sie bezüglich ihres erkrankten Elternteils haben:

- Angst, die Depression geerbt zu haben und später ähnliche Probleme wie der erkrankte Elternteil zu haben. Unkenntnis und ungenaue Informationen bezüglich der Depression verstärken die Angst, da sie zu Vermutungen und Annahmen führen. Zeigt das eigene Verhalten Ähnlichkeiten mit dem des erkrankten Elternteils, wird dies daher als Bedrohung erlebt (Lenz, 2014, S. 97).

- Dazu kommen diffuse Ängste, dass dem Elternteil etwas zustossen oder er sich das Leben nehmen könnte. Daher fällt es dem jungen Menschen schwer, sich auf das eigene Leben zu konzentrieren (Gutmann, 2008, S. 118-119).
- Fehlende Informationen und intransparentes Verhalten einer stationären Einrichtung kann Verunsicherung auslösen. Sie werden nicht darüber informiert, welches Verhalten den erkrankten Elternteil zu Hause unterstützen würde (S. 119-120).

3.2.2 Altersübergreifende Auswirkungen einer Depression

Nachdem altersspezifische Auswirkungen der Depression auf die Erziehungsfähigkeit und auf die Entwicklung der Kinder ausgeführt wurden, folgen in diesem Kapitel einige altersübergreifende Auswirkungen.

Kindliche Grundbedürfnisse

Dazu wird auf die psychischen Grundbedürfnisse nach Grawe, welche in Kapitel 2.2 ausgeführt wurden, Bezug genommen. Das Grundbedürfnis nach Bindung wurde im Abschnitt zu den 0- bis 3-Jährigen ausführlich diskutiert. Hier gilt es nochmals zu erwähnen, dass die Bindungserfahrungen, welche das Kind in den ersten Lebensjahren macht, sich bis ins Erwachsenenalter auswirken und spätere Beziehungen beeinflussen (vgl. Kap. 2.4.2).

Das erwähnte inkonsistente Verhalten eines psychisch erkrankten Elternteils kann sich auf das Grundbedürfnis nach Kontrolle und Orientierung auswirken. Zudem kann es für das Kind eine grosse Verunsicherung darstellen, wenn es nicht über die psychische Erkrankung aufgeklärt wird. Gemäss Lenz und Wiegand-Greife (2017) wollen Eltern ihre Kinder oft nicht mit der psychischen Störung eines Elternteils belasten, sondern das Kind davor schützen. Dies führt dazu, dass sie die Krankheit besonders vor den jüngeren Kindern verschweigen. Die Kinder nehmen jedoch die Veränderungen im Verhalten des Elternteils wahr und reagieren irritiert darauf. Ausgelöst durch das Schweigen über die Krankheit, haben Kinder aus psychisch belasteten Familien vielfach das Gefühl, sie dürfen mit keinem über die familiären Probleme sprechen, da sie sonst den Elternteil «verraten» würden (S. 5).

Wenn Kinder gegenüber ihren Eltern Scham oder Schuldgefühle empfinden, wirkt sich dies zudem negativ auf ihr Selbstwertgefühl aus. Weiter stellt die Erfahrung von Diskriminierung und Stigmatisierung eine grosse Belastung für die betroffenen Familien dar. Eltern mit psychischen Erkrankungen fühlen sich oftmals von der Gesellschaft ausgeschlossen. Viele stigmatisieren sich unbewusst selbst und denken, dass sie eine schwache Persönlichkeit haben, schlechte Eltern sind oder ihr Kind nicht erziehen können (S. 64). Weiter entsteht die Angst, dass die Rolle als Mutter oder Vater durch ihr Umfeld infrage gestellt wird, weshalb sie ihre Krankheit verschweigen und wenig Unterstützung einfordern (S. 6). Dies führt dazu, dass sich betroffene Familien häufig isolieren (S. 16). Die Belastungen der Kinder nehmen zu, wenn der

Elternteil aufgrund seiner Depression Suizidgedanken äussert oder sich in eine stationäre Behandlung begibt oder begeben muss (S. 7).

Gerade wenn sich die Eltern zunehmend isolieren, führt dies dazu, dass sie weniger mit den Kindern unternehmen. Zudem zeigen die Eltern im Alltag weniger Freude, was das Grundbedürfnis der Lustbefriedigung tangiert.

Die Erfüllung der Grundbedürfnisse ist für die psychische Entwicklung von Kindern zentral. Sie sind die Grundlage für ein gesundes Selbstbewusstsein und emotionale Stabilität. Es ist jedoch verständlich, dass Eltern diese nicht immer angemessen erfüllen können. Wichtig ist, dass Eltern ihr Verhalten im Umgang mit dem Kind beobachten und reflektieren, um festzustellen, welche kindlichen Bedürfnisse unzureichend erfüllt werden (Groen & Petermann, 2011, S. 26-31).

Erziehungsstile

Im Folgenden stellen die Autorinnen dar, welche Symptome einer depressiven Erkrankung welchen Erziehungsstil bedingen können. Wie in Kapitel 2.6 ausgeführt, ist der autoritativ-partizipative Erziehungsstil am geeignetsten, um die Entwicklung des Kindes zu unterstützen. Aufgrund der Belastungen einer Depression gehen die Autorinnen davon aus, dass Eltern nicht ausreichend Energie haben, mit ihren Kindern Regeln auszuhandeln und daraus entstehende Konflikte auszutragen.

Die Autorinnen stellen fest, dass die Umsetzung eines autoritären Erziehungsstils durch die Symptomatik einer Depression ebenfalls erschwert ist. Sie sind jedoch der Auffassung, dass der erkrankte Elternteil in einer leichten depressiven Episode möglicherweise lediglich Kraft für die Durchsetzung der elterlichen Autorität findet, jedoch nicht für Diskussionen betreffend Verhalten und Regeln.

Eine Überforderung in der Erziehung kann durch Symptome der Depression begünstigt werden. Wenn der betroffene Elternteil in einer akuten Episode von seinen eigenen Problemen eingenommen wird und dadurch desinteressiert oder abweisend auf das Kind reagiert, kann dies zu einem vernachlässigenden Erziehungsstil führen.

Personen, welche an einer Depression leiden, sind oftmals ängstlich. Daraus folgern die Autorinnen, dass die Eltern in ihrer Fürsorge das Kind einengen können und dieses dadurch seine Handlungsspielräume nicht ausnutzen kann (überbehütender Erziehungsstil).

Gemäss Plass und Wiegand-Grefe (2012) zeigt sich bei Personen mit einer psychischen Störung häufig ein permissiver Erziehungsstil. Dabei ist die Fähigkeit sich durchzusetzen meist eingeschränkt und der betroffene Elternteil fühlt sich bei der Umsetzung von Erziehungsmaßnahmen unsicher. Hinzu kommen Selbstzweifel und Desorganisation. Der psychisch kranke Elternteil zeigt allgemein oft inkonsistentes Verhalten und greift auf unangemessene Disziplinierungsmassnahmen zurück (S. 40). Die Autorinnen weisen darauf hin, dass ein depressiv erkrankter Elternteil möglicherweise nur in einer akuten Episode einen nicht förderlichen

Erziehungsstil ausübt. Dies ist wiederum von den jeweiligen Ressourcen und der Schwere der Depression abhängig.

Die Auswirkungen der verschiedenen Erziehungsstile wurden implizit bei den Auswirkungen der Symptomatik des erkrankten Elternteils ersichtlich, weshalb hier nicht weiter darauf eingegangen wird.

Schlussfolgerungen für die Erziehungsfähigkeit

Abschliessend ist festzustellen, dass eine Depression zahlreiche Auswirkungen auf die Erziehungsfähigkeit, die Familie und das Familienleben als solches haben kann. Je nach Symptomatik, Schweregrad, Verlauf und familiären Ressourcen bestehen jedoch auch keine oder kaum Auswirkungen. In Kapitel 2.7 wurde ausgeführt, welche Kriterien zur Erziehungsfähigkeitseinschätzung überprüft werden. Die Schlüsselfrage ist, ob die Grundbedürfnisse des Kindes ausreichend befriedigt werden können und ob die Kompetenzen der Eltern ausreichen, um die Anforderungen zu erfüllen (vgl. Kap. 2.7). Ludwig et al. (2015) vermerken hierzu, dass die Beurteilung der Erziehungsfähigkeit eines Elternteils mit einer Depression für Richterinnen und Richter eine grosse Herausforderung darstellt, da die Auswirkungen einer Depression sehr unterschiedlich ausfallen. Beurteilende Personen sollen daher die verschiedenen Verläufe einer leichten, mittelschweren und schweren Depression und deren Auswirkungen auf die elterlichen Fähigkeiten kennen. Tendenziell ist bei einer leichten Depression die Fähigkeit zur Erziehung kaum oder nicht beeinträchtigt. In schweren oder chronischen Fällen müssen hingegen oftmals geeignete Massnahmen ergriffen werden. Wenn die Schwere der Depression unbekannt ist und der Verdacht besteht, dass das Kindeswohl gefährdet ist, kann beziehungsweise muss die Richterin oder der Richter zuerst weitere Informationen einholen (S. 593).

Die Autorinnen stellen fest, dass nach dem Systemischen Entwicklungsmodell nach Guralnick bei Personen mit einer Depression die Familienressourcen durch die psychische Krankheit eingeschränkt sind und dadurch die kindliche Entwicklung oftmals gefährdet sein kann. Nach der Betrachtung der Auswirkungen auf die Interaktionsmuster der Familie, wird nun aufgezeigt, welche Themen die Eltern sowie die Kinder bezüglich der Depression möglicherweise beschäftigen. Dies soll selbstverständlich individuell mit der jeweiligen Familie besprochen werden. Im folgenden Kapitel werden jedoch als Hilfestellung mögliche Themen aufgezählt, welche gemäss Schrappe (2018) häufig angesprochen werden (S. 79) und daher mitgedacht werden können.

3.3 Bedürfnisse der Eltern und Kinder bezüglich der depressiven Erkrankung

Schrappe (2018) zeigt auf, was Eltern und Kinder brauchen, wenn einer der Elternteile an einer psychischen Störung leidet. Die Ausführungen beruhen auf Analysen von

Beratungsprozessen, Befragungen im Rahmen von Forschungsarbeiten und Selbstschilderungen in der Literatur (S. 79-80). Aufgrund dieser breiten Abstützung beziehen sich die Autorinnen der vorliegenden Arbeit bei den folgenden Ausführungen hauptsächlich auf Schrappe.

Die Autorinnen schlussfolgern anhand der Erkenntnisse, welche im vorherigen Kapitel zu den Auswirkungen einer depressiven Erkrankung eines Elternteils gemacht wurden, dass die nachfolgend aufgeführten Bedürfnisse aufgrund einer Depression eines Elternteils auftreten können. Sie bezeichnen sie daher als «Bedürfnisse der Eltern und Kinder bezüglich der depressiven Erkrankung».

3.3.1 Bedürfnisse der Eltern bezüglich einer depressiven Erkrankung

Elternteile, welche an einer Depression leiden, möchten...

..., dass ihre Rolle als Eltern anerkannt wird.

Wenn ein Elternteil mit einer depressiven Erkrankung eine Therapie besucht, wird ihre Rolle als Mutter oder Vater von den Therapeutinnen oder Therapeuten kaum berücksichtigt. Die betroffene Person würde sich jedoch oftmals wünschen, dass die Elternrolle thematisiert wird und sie Anerkennung dafür erhält, dass sie trotz der Einschränkungen durch die Depression ihr Bestes bezüglich der Versorgung ihrer Kinder gibt (Schrappe, 2018, S. 82-83).

..., dass ihre Erkrankung angemessen behandelt wird.

Durch die Behandlung erwünscht sich die betroffene Person nicht nur eine Verbesserung ihrer Gesundheit, sondern auch eine positive Veränderung ihrer Elternrolle. Wenn sich die psychische Stabilität verbessert, hat dies einen begünstigenden Einfluss auf die Eltern-Kind-Beziehung und die Erziehungsfähigkeit (Schrappe, 2018, S. 83).

..., dass sie Beratung und Unterstützung in der Erziehung erhalten.

Ein Elternteil, welcher an einer Depression leidet, kann oftmals nicht die nötige Energie für die Erziehung aufbringen. Familienergänzende Hilfen oder Personen aus dem privaten Umfeld können entlastend und unterstützend einwirken (z.B. in Entwicklungs- und Erziehungsfragen oder zum Umgang mit krankheitsbedingten Ausfällen) (Schrappe, 2018, S. 83).

..., dass sie Unterstützung beim Umgang mit den Kindern hinsichtlich der Depression erhalten.

Viele Eltern verspüren eine Unsicherheit, ob und wie sie ihre Krankheit ansprechen sollen. Für diese Aufklärungsgespräche wünschen sich die meisten Eltern professionelle Unterstützung, da die Routine fehlt, über das eigene psychische Befinden zu sprechen oder die Krankheitseinsicht schwankt (Schrappe, 2018, S. 83).

..., dass das Kindeswohl vertrauensvoll abgeklärt wird.

Oftmals verheimlichen Eltern ihre Schwierigkeiten, da sie Angst haben, dass ihnen ihr Kind weggenommen wird. Dies führt dazu, dass das Kindeswohl tatsächlich gefährdet werden könnte. Ideal wäre, wenn sich die betroffenen Eltern rechtzeitig an ihr privates Umfeld oder an eine Institution wenden würden, um mögliche Hilfsangebote zu erhalten. Beispielsweise könnten gemeinsam mit einer Fachperson Lösungen hinsichtlich herausfordernder Situationen entwickelt werden. Auch der psychisch stabile Elternteil hat teilweise ähnliche Bedürfnisse. Wenn sein Partner oder seine Partnerin krankheitsbedingt ausfällt, findet er sich in der Rolle als alleinerziehende Person wieder. Je nach Arbeitsstelle, Fähigkeiten und sozialem Netzwerk wird dieser Umstand mehr oder weniger herausfordernd. Zudem wird die Partnerschaft durch die depressive Erkrankung belastet oder mindestens verändert (Schrappe, 2018, S. 83-84).

3.3.2 Bedürfnisse der Kinder bezüglich der depressiven elterlichen Erkrankung

Kinder von Eltern mit einer depressiven Erkrankung möchten...

... über die elterliche Krankheit aufgeklärt werden.

Durch Kenntnisse über den Auslöser sowie den Verlauf der Krankheit kann das Kind die Verhaltensweisen des erkrankten Elternteils besser einordnen und weiss, dass es nicht die Schuld für die Krankheit beziehungsweise die damit verbundenen Verhaltensweisen trägt (Schrappe, 2018, S. 80).

..., dass die Verleugnung und Sprachlosigkeit ein Ende haben.

Aufgrund der vom Kind wahrgenommenen Verpflichtung zur Verschwiegenheit hat es keine Möglichkeit, sich mit anderen über das Erlebte auszutauschen. Die Erzählung des Erlebten wie auch die Erfahrung, dass es als glaubwürdig angesehen wird, verbessert das Befinden des Kindes (Schrappe, 2018, S. 80).

... Hilfe bei der emotionalen Verarbeitung.

Kinder empfinden zahlreiche Gefühle, die sie teilweise nicht einordnen können oder nicht akzeptieren wollen. Aus diesem Grund ist es für Kinder hilfreich, wenn sie von einer anderen Person erfahren, dass ihre Gefühle in Ordnung und bezogen auf die elterliche Krankheit nachvollziehbar sind. Weiter können Kinder auch davon profitieren, wenn sie Unterstützung bei der Emotionsregulierung erhalten (Schrappe, 2018, S. 80-81).

..., dass die Krankheit des Elternteils behandelt wird.

Der grösste Wunsch der Kinder ist, dass der erkrankte Elternteil wieder gesund wird. Es entlastet Kinder bereits, wenn sie wissen, dass der erkrankte Elternteil in Behandlung ist. Oftmals

sehen sich Kinder nämlich in der Verantwortung, für den kranken Elternteil zu sorgen (Schrappe, 2018, S. 81).

...aus unangemessenen Rollen entlassen werden.

Rasch kann es zu einer Parentifizierung kommen und das Kind findet sich in der Rolle der Partnerin oder des Partners des erkrankten Elternteils wieder oder übernimmt gegenüber jüngeren Geschwistern die Elternfunktion. Vor allem von der destruktiven Parentifizierung sollen Kinder geschützt werden (Schrappe, 2018, S. 81).

... einen freien Austausch mit der sozialen Umgebung haben.

Eine familiäre Tabuisierung ist sehr belastend für das Kind, oftmals hat es kaum oder keine intensiven sozialen Kontakte zu Peers oder Bezugspersonen ausserhalb der Familie. Diese Kontakte schaffen die Voraussetzung, später selbständig zu werden und sich von der Herkunftsfamilie abzulösen (Schrappe, 2018, S. 81).

... einen zeitweiligen Schutz vor dem erkrankten Elternteil.

Kinder möchten Situationen, die sie überfordern oder gefährden, aus dem Weg gehen. Dies kann durch eine kurzzeitige Trennung oder durch den temporären Aufenthalt einer vertrauten Person in der Familie erreicht werden (Schrappe, 2018, S. 81)

... eine angemessene Erziehung, unter Umständen auch ausserfamiliär.

Ist eine angemessene Erziehung innerhalb der Familie nicht gegeben, muss geprüft werden, ob das Kind von einer Drittperson (mit)erzogen wird, oder ob ein ausserfamiliärer Aufenthalt beispielsweise in einer Wohngruppe oder Tagesstätte angezeigt ist (Schrappe, 2018, S. 82).

... das Recht auf Ablösung und auf ein eigenes Leben einfordern.

Den Kindern soll die Ablösung vom Elternhaus ermöglicht werden, so dass sie sich auf ihr eigenes Leben fokussieren können, was beinhaltet, dass sie selbständig wohnen, einer Berufstätigkeit nachgehen und eine Partnerschaft aufbauen können. Dies schliesst nicht aus, dass sie sich weiterhin um den erkrankten Elternteil kümmern können. Dies sollte jedoch in einem angemessenen, für das Kind unbedenklichen Mass sein (Schrappe, 2018, S. 82).

Durch die Ausführungen wurde ersichtlich, welche Auswirkungen die Symptome einer Depression auf eine Familie haben können und welche Bedürfnisse dadurch entstehen. Oftmals treten in Familien nebst der depressiven Erkrankung eines Elternteils weitere Belastungen auf. Diese werden folgend kurz ausgeführt, da sie in einer Wechselwirkung zur Depression stehen und das Familienleben wesentlich beeinflussen können.

3.4 Weitere Belastungen

Plass und Wiegand-Greife (2012) legen dar, dass Familien mit einem Elternteil, welcher an einer psychischen Störung erkrankt ist, als Hochrisikofamilien gelten. Dies aus dem Grund, weil sich die Belastungen, unter denen die Familie leidet, nicht nur ergänzen, sondern gegenseitig beeinflussen, womit es zu Multiplikationen kommt (S. 35). Folgend werden die Autorinnen mögliche weitere Belastungen kurz erläutern, welche Familien mit einem an einer Depression erkrankten Elternteil treffen können.

Belastungen können zu einer Depression führen, jedoch kann auch das Gegenteil der Fall sein, nämlich dass Depressionen zusätzliche Belastungen generieren. Beispielsweise besteht gemäss der BELLA-Studie (Befragung von Kindern und Jugendlichen zum seelischen Wohlbefinden und Verhalten) eine Korrelation zwischen einem niedrigen sozioökonomischen Status und einer depressiven Erkrankung (Klasen, Meyrose, Otto, Reiss & Ravens-Sieberer, 2017, S. 405).

Lenz (2014) führt dazu aus, dass sich sozioökonomische sowie soziokulturelle Belastungen bei psychisch erkrankten Eltern oftmals durch «finanzielle Probleme und Schulden, Armut, Arbeitslosigkeit und schwierige Wohnverhältnisse» zeigen (S. 41). Zudem können «soziale Randständigkeit oder kulturelle Diskriminierung» (Lenz, 2010, S. 6) wie auch ein tieferer Bildungsstand weitere Belastungen darstellen (ebd.).

Schwierige Wohnverhältnisse können zudem gemäss Christiansen, Röhrle, Fahrer, Stracke und Dobener (2020) bedeuten, dass die Wohnlage mit einer geringeren Schulqualität einhergeht. Weiter können fehlende soziale Unterstützungen sowie Stigmatisierungen das Familienleben belasten (S. 9).

Müller (2008) legt dar, dass auch die Beziehung zur Partnerin oder zum Partner durch die psychische Krankheit belastet sein kann, da es häufiger und heftigere Konflikte gibt und die Zufriedenheit innerhalb der Beziehung geringer ist (S. 141).

Wie bereits anlässlich der Komorbidität einer Depression (vgl. Kap. 3.1.6) ausgeführt wurde, leiden die Betroffenen oft an weiteren psychischen oder physischen Erkrankungen. Besonders häufig ist eine gleichzeitig vorliegende Angststörung (Beesdo-Baum & Wittchen, 2011, S. 888).

Die Ausführungen zeigen, dass eine Vielzahl von Faktoren einen Einfluss auf das Familienleben haben kann, entweder ausgelöst durch eine depressive Erkrankung eines Elternteils oder als Auslöser einer depressiven Erkrankung. Wie mit den durch die Depression ausgelösten Belastungen in der Familie umgegangen werden kann, wird im folgenden Kapitel, der familiären Krankheitsbewältigung, behandelt.

3.5 Familiäre Krankheitsbewältigung

Familien haben unterschiedliche Strategien, wie sie mit Belastungen wie einer Depression umgehen können. Sie werden in diesem Kapitel ausgeführt, um darzustellen, durch welche Strategien ein konstruktiver Umgang mit der Krankheit gelingen kann, aber auch wann das Kindeswohl gefährdet ist und daher Hilfe von aussen sinnvoll oder nötig ist. Dazu werden die Themen Stressbewältigung, Resilienz und Kindeswohlgefährdung ausgeführt.

Gemäss Mattejat et al. (2000) ist eine adäquate Krankheitsbewältigung in der Familie ein zentraler Schutzfaktor für die psychische Gesundheit von Kindern (S. 168). Unter einer adäquaten Krankheitsbewältigung wird verstanden, dass die Krankheit akzeptiert wird, angemessen mit dieser umgegangen wird und eine aktive Auseinandersetzung damit stattfindet (Plass & Wiegand-Grefe, 2012, S. 81).

Wenn eine psychische Erkrankung zum ersten Mal auftritt, hofft der betroffene Elternteil meist auf eine baldige Genesung, was als erster Bewältigungsversuch gilt. Die Eltern nehmen in der Anfangszeit zwar die Belastung des Kindes wahr, sind aber stark von der Krankheit eingenommen. Dadurch erfährt das Kind in dieser Zeit weniger Beachtung. Meist beschäftigen sich Eltern erst damit, wie sie mit den Kindern und deren neuen Belastungen umgehen können, wenn die Krankheit fortgeschritten ist (ebd.).

3.5.1 Stressbewältigung

Eine psychische Störung gilt als Stressfaktor für das gesamte Familiensystem und deren Mitglieder. Zusätzlich zur Bewältigung der Krankheit bringen finanzielle Schwierigkeiten oftmals weitere Stressoren und Belastungen mit sich (vgl. Kap. 3.4). In diesem Zusammenhang ist es notwendig, die Belastung des gesamten Familiensystems zu verringern. Nur so entsteht Raum und Zeit, um familiäre Beziehungen zu pflegen (Wagenblaus, 2012, S. 78).

Das transaktionale Stressmodell (Lazarus & Folkman, 1984) stellt dar, wie Stressoren individuell bewertet und bewältigt werden können. Es werden zwei Stufen der kognitiven Bewertung von Anforderungen unterschieden: Durch die *primäre Bewertung* wird die Belastung durch den Stressfaktor beurteilt. Wird festgestellt, dass die gegebene Situation Stress erzeugt, wird als nächstes die denkbare Wirkung des Stressors abgeschätzt. Wenn klar ist, dass eine Bearbeitung des Stressors nötig ist, wird eine *sekundäre Bewertung* gestartet. Dabei werden vorhandene persönliche und soziale Ressourcen für den Umgang mit dem Stressor bewertet und auf mögliche Verhaltensoptionen zugegriffen. Wenn die erste Reaktion nicht erfolgreich ist und der Stress anhält, werden neue Reaktionen ausprobiert und deren Wirksamkeit bewertet. Es gibt zwei Bewältigungsstrategien (Coping). Bei problemorientiertem Coping wird das Problem (Stressauslöser) direkt angegangen. Werden hingegen die stressbedingten Auswirkungen

reduziert, spricht man von emotionsorientiertem Coping. Dabei werden Gedanken und Verhalten verändert (Lazarus & Folkman, 1984, S. 53-54; Gerrig, 2018, S. 483).

Wenn ein Familienmitglied Stress erlebt, wird dies direkt oder indirekt zur Belastung der ganzen Familie. Kinder eines Elternteils mit einer psychischen Erkrankung sind diversen, für sie unkontrollierbaren Stressoren ausgesetzt (vgl. Kap. 3.4). Um diese zu bewältigen, benötigen Kinder meist Unterstützung aus ihrem sozialen Umfeld. Diese Hilfe ist zudem meist notwendig, da ihnen aufgrund ihres Alters und der Entwicklung bestimmte Bewältigungsstrategien nicht zur Verfügung stehen (Lenz & Wiegand-Grefe, 2017, S. 45). Daher ist es wichtig, nicht nur einzelne, sondern auch familiäre Bewältigungsstrategien zu betrachten. Familiäres Coping umfasst die Bemühungen mehrerer Personen (z. B. von Paaren, Familien oder Familienmitgliedern), mit Stress und Belastungen umzugehen, indem die Ressourcen der einzelnen Personen eingebracht und gebündelt werden (Lyons, 2004, S. 191). Nach Lyons, Mickelson, Sullivan und Coyne (1998) besteht der Prozess der gemeinsamen Stressbewältigung aus drei Schlüsselfaktoren:

1. Gemeinsame Stressbewältigungsorientierung (mindestens ein Familienmitglied muss überzeugt sein, dass die gemeinsame Problembewältigung sinnvoll ist)
2. Kommunikation über den Stressor
3. Kooperative Handlungen (die Familienmitglieder entwickeln gemeinsam Strategien, um die negativen Auswirkungen der Stressoren zu reduzieren) (S. 583-584)

Die Stressbewältigung innerhalb einer Familie mit einem psychisch erkrankten Elternteil kann durch emotions- oder problembezogenes Coping geschehen:

- **Konstruktives emotionsbezogenes elterliches Coping:** Die Eltern wenden konstruktive emotionsfokussierte Strategien in Form von Aktivitäten, wie gemeinsame Ausflüge, an. Zeit mit Familienmitgliedern zu verbringen, ist eine Gelegenheit zur Regeneration und daher eine Chance für den Erfolg bei der Bewältigung des täglichen Stresses. Dabei scheint Ablenkung einer der wirksamsten Mechanismen zu sein (Lenz & Wiegand-Grefe, 2017, S. 45).
- **Problembezogenes elterliches Coping:** Das Zusammenleben von Familien ist dadurch gekennzeichnet, dass sie offen mit der psychischen Krankheit und den damit verbundenen Auswirkungen umgehen. Sie arbeiten zusammen, um diesbezüglich mögliche Lösungen zu finden. Die Eltern informieren die Kinder alters- und entwicklungsgerecht über die Krankheit und suchen einen adäquaten Umgang mit der Krankheit innerhalb der Familie (Lenz & Wiegand-Grefe, 2017, S. 46). Gemäss Lenz und Wiegand-Grefe besteht hierbei jedoch das Risiko einer Parentifizierung (ebd.). Die Autorinnen der vorliegenden Arbeit gehen davon aus, dass dieses Risiko entstehen kann, wenn dem Kind zu viele Aufgaben übertragen werden und es sich dadurch überfordert fühlt.

- **Problembezogenes delegiertes elterliches Coping:** Der gesunde Elternteil ist wegen der emotionalen Instabilität des psychisch erkrankten Elternteils während einer akuten Krankheitsphase für die Hauptbetreuung der Kinder zuständig. Die Verantwortungsübernahme wird aufgrund eigener Initiative des gesunden Elternteils übernommen oder durch den Elternteil mit einer psychischen Störung implizit oder explizit übertragen (S. 46).
- **Destruktives emotionsbezogenes gemeinsames Coping:** Mögliche Copingformen hierzu sind Zurückweisung, Aggression, Vorwürfe und Rückzugsverhalten. In Stresssituationen führen diese Bewältigungsstrategien dazu, dass die Distanzierung zwischen Familienmitgliedern zunimmt, was zu Eskalationen von Konfliktsituationen und Belastungen der Familie führt. In den meisten Fällen werden Kinder Zeuge von Streitigkeiten oder in Konflikte zwischen den Eltern verwickelt (S. 46). Dies kann zu Loyalitätskonflikten führen (vgl. Kap. 3.2).
- **Emotions- und problembezogenes delegiertes Coping der Kinder:** Bei Kindern eines psychisch erkrankten Elternteils wird meist die Verantwortungsübernahme sowie die Erfüllung bestimmter Rollen und Aufgaben beobachtet. Die Kinder versuchen dem Elternteil mit einer psychischen Erkrankung eine stabile und sichere Umgebung sowie emotionale Unterstützung zu bieten. Wie bereits in Kapitel 3.2 ausgeführt, übernehmen sie deswegen in der Familie die Aufgaben, für welche der erkrankte Elternteil verantwortlich wäre. Oftmals werden Kinder dadurch zum Partnerersatz und sind für die Betreuung jüngerer Geschwister verantwortlich (S. 46-47).

Diese familiären Bewältigungsstile lassen sich in verschiedenen Mischformen und unterschiedlichen Ausprägungen finden. In Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil treten gemäss Lenz und Wiegand-Grefe kaum konstruktive Bewältigungsstrategien, sondern grösstenteils destruktiv emotionsfokussierte Formen des gemeinsamen Copings sowie emotions- und problembezogenes delegiertes Coping auf, welche das Familienklima negativ beeinflussen können (S. 47).

Wenn Stressoren über eine längere Zeit andauern, sie die Lebensbedingungen verändern, negative Auswirkungen auf soziale Beziehungen haben und als unbeeinflussbar wahrgenommen werden, kann sich dies gemäss Esterl (2015) negativ auf die psychische Gesundheit auswirken (S. 243).

Durch die Forschung zur Bewältigung von Stress wurde jedoch auch festgestellt, dass sich manche Menschen trotz schwieriger Lebensumstände positiv weiterentwickeln (Gerrig, 2018, S. 485). Hierbei hat die Resilienz, welche im folgenden Kapitel ausgeführt wird, einen entscheidenden Einfluss.

3.5.2 Resilienz

Nicht alle Kinder psychisch kranker Eltern entwickeln trotz verschiedener Belastungen eine Verhaltensauffälligkeit. Dies gelingt ihnen durch ihre psychische Widerstandsfähigkeit gegenüber Stress und Entwicklungsrisiken – die Resilienz (Lenz, 2012, S. 21). Eine Person, welche über Resilienz verfügt, ist in der Lage mit personalen, sozialen und familiären Schutzfaktoren risikohafte Einwirkungen zu verhindern oder zu entkräften (S. 22). Diese Person ist im einen Moment gegenüber der Belastung widerstandsfähig, später kann sie jedoch anfällig für andere Belastungen sein. Resilienz ist somit nicht in allen Situationen ein stabiles Merkmal einer Person, da sie eng mit dem Umfang, der Dauer und der Art der Belastung verbunden ist. Zudem ist Resilienz kein angeborenes Persönlichkeitsmerkmal, sondern wird im komplexen Zusammenspiel von Eigenschaften einer Person (z.B. Temperament) und ihrer Lebenswelt (z.B. elterliches Erziehungsverhalten) entwickelt (Lenz & Brockmann, 2013, S. 50). Durch positive Erlebnisse in diesen Bereichen wird die Resilienz gefördert (S. 51). Die Resilienzförderung kann zudem eine erfolgreiche Bewältigung von Herausforderungen und stressigen Lebenssituationen unterstützen. Mögliche frühzeitigen Interventionen und Hilfen können daher idealerweise die Entwicklung von psychischen Störungen bei Kindern verhindern sowie deren Entwicklung fördern (Lenz, 2012, S. 23). In der BELLA-Studie wurde bei der Untersuchung personaler, sozialer und familiärer Schutzfaktoren festgestellt, dass bei einer hohen Selbstwirksamkeit, einem positiven Familienklima und sozialer Unterstützung die Wahrscheinlichkeit einer Depression vermindert wird (Klasen et al., 2015, S. 702). Lenz (2012) betont hierzu, dass sich die Anhäufung vieler Risikofaktoren hingegen schädlich auf die Entwicklung von Kindern auswirkt. Wenn nur wenige Ressourcen zur Verfügung stehen, um altersentsprechende Entwicklungsaufgaben zu bewältigen, können verschiedene Schritte nicht oder nicht vollständig ausgeführt werden und die Entwicklung wird beeinträchtigt (S. 22).

Da in den vorherigen Kapiteln bereits einige Ausführungen zu entwicklungsbeeinflussenden Risiko- und Schutzfaktoren gemacht wurden, folgt nun lediglich eine stichwortartige Auflistung von möglichen resilienzfördernden Schutzfaktoren und entwicklungsbeeinträchtigenden Risikofaktoren von Kindern (vgl. Tab. 4), welche nicht den Anspruch auf Vollständigkeit hat. Diese Faktoren haben einen Einfluss auf die Entwicklung von Kindern und die Sicherung des Kindeswohls.

Tabelle 4

Resilienzfördernde Schutzfaktoren und entwicklungsbeeinträchtigende Risikofaktoren von Kindern.

Schutzfaktoren	Risikofaktoren
Personale Schutzfaktoren	Personale Risikofaktoren
<ul style="list-style-type: none"> • Temperamentsmerkmale wie Flexibilität, Anpassungsfähigkeit an Veränderungen und eine mehrheitlich positive Stimmung • Eigene Gefühle können wahrgenommen, verbalisiert und reguliert werden • Soziale Regeln können wahrgenommen, verstanden und das Handeln kann danach ausgerichtet werden • Effektive Konflikt- und Problemlösefähigkeit • Hohe Intelligenz und gute Schulleistungen • Hohes Selbstwertgefühl • Hohe Selbstwirksamkeitserwartung 	<ul style="list-style-type: none"> • Schwieriges Temperament • Für externalisierende Auffälligkeiten: männliches Geschlecht, für internalisierende Auffälligkeiten: weibliches Geschlecht • Hohe (destruktive) Parentifizierung • Vernachlässigung und Missbrauch • Geringe intellektuelle und soziale Fähigkeiten • Schlechtes Selbstwertgefühl • Keine Leistungsorientierung • Emotionale Instabilität • Soziale Ängste und Passivität
Familiäre Schutzfaktoren	Familiäre Risikofaktoren
<ul style="list-style-type: none"> • Emotional sichere Beziehung zu mindestens einem Elternteil oder einer anderen Bezugsperson • Feinfühliges und positives Elternverhalten, das dem Entwicklungsstand und der Persönlichkeit des Kindes entspricht • Konflikte werden innerhalb einer guten Beziehung zwischen den Elternteilen auf eine produktive und offene Weise gelöst • Die Struktur der Familienbeziehungen ist durch die emotionale Bindung zwischen Familienmitgliedern und der Fähigkeit, sich Veränderungen oder Entwicklungen anzupassen, gekennzeichnet • Familiäre Stabilität • Dem Alter und Entwicklungsstand angemessene Informationen über die Krankheit • Akzeptierender Umgang mit der Krankheit 	<ul style="list-style-type: none"> • Psychische Erkrankungen bei Familienmitgliedern • Armut, Arbeitslosigkeit und enge Wohnverhältnisse • Instabile familiäre Lebensbedingungen • Geringer Zusammenhalt und konfliktreiches Klima in der Familie • Destruktive familiäre Bewältigung der Krankheit • Tabuisierung der Krankheit • Geringe Kommunikation in der Familie • Beeinträchtigungen in der Eltern-Kind-Beziehung • Mangelnde emotionale Verfügbarkeit der Eltern • Beeinträchtigte Erziehungsfähigkeit der Eltern (vgl. Kap. 3.2) • Ein-Eltern-Familie

Soziale Schutzfaktoren	Soziale Risikofaktoren
<ul style="list-style-type: none"> • Freundschaften mit Gleichaltrigen • Soziale Unterstützung von Menschen ausserhalb der Familie • Soziale Einbindung in Gemeinden, Vereine, Kirchen usw. 	<ul style="list-style-type: none"> • Kein familiäres Unterstützungssystem • Geringe Aufmerksamkeit durch die Umwelt • Bezugspersonen ausserhalb der Familie sind weder real noch emotional verfügbar • Isolation der Familie

Erläuterung: Eigene Darstellung nach Hauri & Zingaro, 2020, S. 42-43; Lenz, 2008, S. 61; Wiegand-Grefe, Halverscheid & Plass, 2011, S. 23 und Lenz, 2012, S. 23-24.

Im Kapitel 2.4 zum Systemischen Entwicklungsmodell nach Guralnick wurde beschrieben, dass auf jeder Ebene des Modells Risiko- und Schutzfaktoren auftreten können. Mit deren Auflistung wird dies nun ersichtlicher. Lenz (2012) weist besonders auf die Relevanz der familiären Schutzfaktoren hin, da durch diese das Wohlbefinden sowie die Lebensbedingungen des Kindes wesentlich beeinflusst werden (S. 23). Da das Kind in der vorliegenden Arbeit im Kontext des Familiensystems betrachtet wird, gehen die Autorinnen folgend kurz auf die familiäre Resilienz ein.

Familiäre Resilienz

Neben der Betrachtung einzelner Familienmitglieder richtet die familiäre Resilienz den Fokus zusätzlich auf die Wechselwirkung zwischen Risiko und Resilienz des Familiensystems (Lenz, 2014, S. 161).

Resilienz kann somit als Systemgeschehen betrachtet werden, bei dem resilienzfördernde familiäre Interaktionsmuster sowie psychosoziale Faktoren eine entscheidende Rolle spielen (Retzlaff, Eickhorst & Cierpka, 2011, S. 338). Wenn ein signifikanter Stressfaktor besteht, wie beispielsweise eine psychische Erkrankung, gilt eine Familie als resilient, wenn sie konstruktiv mit dieser Belastung umgehen kann und sich die Anpassung nicht negativ auf ein Individuum auswirkt (S. 339).

Eine Krise kann auftreten, wenn die verfügbaren Ressourcen nicht ausreichen, um die Belastung zu bewältigen. In Krisenzeiten wie diesen benötigen Familien zusätzliche Ressourcen. Sie versuchen Stress abzubauen und beginnen ihre Situation neu zu bewerten (ebd.). Durch eine psychische Störung eines Familienmitglieds kann der Stresszustand über eine längere Zeit andauern und eine Herausforderung darstellen (S. 340). In dieser Zeit tragen vor allem Familienprozesse zur Widerstandsfähigkeit der Familie bei, wie beispielsweise Flexibilität, hoher familiärer Zusammenhalt, Einsatz in der Partnerschaft, Kommunikationsqualität, Rollenverteilung, Grenzen, Glaubenssysteme der Familie und das Gefühl von Sinnhaftigkeit (S. 343-344).

Ist die familiäre Resilienz nicht ausreichend für die Krankheitsbewältigung, kann dies zu einer Einschränkung der Erziehungsfähigkeit führen, was wiederum eine Kindeswohlgefährdung bedeuten kann.

3.5.3 Kindeswohlgefährdung

Im Folgenden wird der Begriff Kindeswohl definiert und erläutert, inwiefern dieses gefährdet werden kann. Zuletzt wird auf der Grundlage eines Manuals für Fachpersonen aufgezeigt, wie Kindeswohlgefährdungen in der Praxis festgestellt werden können. Die Kindeswohlgefährdung ist im Zusammenhang mit der Fragestellung der vorliegenden Arbeit zentral. Gemäss Mattejat und Remschmidt (2008) wurde bei Kindern mit einem psychisch erkrankten Elternteil ein zwei- bis fünffach höheres Risiko für Vernachlässigung, Misshandlung und sexuellen Missbrauch festgestellt, als bei Kindern mit psychisch unbelasteten Eltern (S. 314). Ludewig et al. (2015) führt dazu aus, dass während einer mittelschweren oder schweren depressiven Episode die Erziehungsfähigkeit des erkrankten Elternteils eingeschränkt sein kann und sich dies negativ auf das Kindeswohl auswirkt (S. 588). Den Autorinnen ist es wichtig anzumerken, dass nicht allein die Schwere einer Depression ausschlaggebend für eine Kindeswohlgefährdung ist, sondern zahlreiche weitere Faktoren beachtet werden müssen. Dies wird folgend näher ausgeführt.

Definition

Hauri und Zingaro (2020) definieren das Kindeswohl folgendermassen: «Das Kindeswohl ist gesichert, wenn ein für die gesunde Entwicklung günstiges Verhältnis besteht zwischen den Rechten des Kindes, dem nach fachlicher Einschätzung wohlverstandenen Bedarf und den subjektiven Bedürfnissen des Kindes einerseits und seinen tatsächlichen Lebensbedingungen andererseits.» (S. 11)

Das Jugendamt des Kantons Bern (2020) legt den Fokus seiner Definition auf die unterschiedlichen Dimensionen der kindlichen Bedürfnisse: «Das Kindeswohl ist der Inbegriff aller begünstigenden Lebensumstände, um dem Kind zu einer gesunden Entwicklung zu verhelfen. Dazu gehören elementare Dinge wie ausreichend Ernährung, wettergerechte Kleidung, ein Dach über dem Kopf, aber auch Schutz vor körperlicher und psychischer Gewalt sowie liebevolle Zuwendung, Lob und Anerkennung, Respekt und Achtsamkeit, Verbindlichkeit in den Beziehungen und eine sichere Lebensorientierung.» (S. 1)

Die beiden Definitionen ergänzen sich gegenseitig. Letztlich geht es um eine hilfreiche und förderliche Entwicklung in sämtlichen Lebensbereichen des Kindes.

Von Kindeswohlgefährdung ist dann die Rede, wenn das körperliche, sittliche, geistige oder psychische Wohl des Kindes beeinträchtigt wird, oder eine ernsthafte Annahme besteht, dass

dies eintreffen könnte. Die Gefährdung kann demnach auch in der nahen Zukunft liegen und muss nicht bereits eingetroffen sein (Hegnauer, 1999, S. 206).

Die Autorinnen stellen eine Gemeinsamkeit zwischen den Definitionen der Erziehungsfähigkeit (vgl. Kap. 2.1) und der Kindeswohlgefährdung fest: Der Fokus der Definitionen liegt auf der Erfüllung der kindlichen Bedürfnisse. Wagenblast (2012) führt hierzu aus, dass es sich bei den Begriffen Erziehungsfähigkeit und Kindeswohlgefährdung um Gegensätze handelt, die sich jedoch in ihren Eigenschaften ergänzen. Bei der Erziehungsfähigkeit steht der Elternteil wie auch seine Verhaltensweisen im Zentrum. Im Gegenzug dazu ist bei der Kindeswohlgefährdung das Kind in seiner Gesamtsituation im Mittelpunkt (S. 72).

Formen der Kindeswohlgefährdung

Es werden folgende Formen der Kindeswohlgefährdung unterschieden: Vernachlässigung, körperliche Misshandlung, sexuelle Gewalt, psychische Misshandlung und weitere Formen von Kindeswohlgefährdung (Rosch & Hauri, 2018, S. 450-452). Im Folgenden werden diese kurz ausgeführt.

Werden die Mindestanforderungen der emotionalen, körperlichen, sozialen und materiellen Versorgung nicht sichergestellt, wird von Vernachlässigung gesprochen. Konkret kann sich dies beispielsweise durch fehlende soziale Kontakte, mangelhafte Ernährung und Pflege oder fehlende Zuwendung und Förderung zeigen (Rosch & Hauri, 2018, S. 450).

Sämtliche mit Gewalt zugefügten körperlichen Schädigungen und Verletzungen, welche aktiv durch die Bezugspersonen vorgenommen wurden, gelten als körperliche Misshandlung. Darunter fallen beispielsweise Schütteln von Säuglingen oder Kleinkindern, Schläge, Fusstritte oder Verbrennungen (S. 451).

Sexuelle Handlungen vor oder an dem Kind sind gekennzeichnet durch eine Überlegenheit des Täters aufgrund von Autorität oder Macht und einer Unterlegenheit des Kindes aufgrund des Körpers, Psyche, Kognition oder Sprache. Diese werden als sexuelle Gewalt bezeichnet (ebd.).

Erlebt ein Kind starke, systematische Ablehnung und Zurückweisung durch Bezugspersonen, wird von psychischer Misshandlung gesprochen. Diese kann sich beispielsweise durch einen andauernd forschenden Umgangston oder durch Überbehütung äussern. Auch Erwachsenenkonflikte um das Kind, Miterleben von Partnerschaftsgewalt und Autonomiekonflikte gelten als Unterkategorien von psychischer Misshandlung (S. 451-452).

Rosch und Hauri (2018) nennen zudem weitere Formen von Kindeswohlgefährdung wie beispielsweise das Münchenhausen-by-proxy-Syndrom oder Mobbing. Beim Münchenhausen-by-proxy-Syndrom werden physische Krankheitssymptome eines Kindes durch eine nahe Bezugsperson fälschlicherweise angegeben, vorgetäuscht oder künstlich verursacht respektive aufrechterhalten. Mobbing kann durch Peers geschehen. Eltern benötigen bei der Bearbeitung

des Mobbings jedoch oftmals Unterstützung durch Drittpersonen wie beispielsweise den Lehrpersonen (S. 452).

Die Autorinnen konkludieren aufgrund der bisherigen Ausführungen und Erkenntnisse zu den Auswirkungen einer elterlichen depressiven Erkrankung, dass bei einer Kindeswohlgefährdung besonders das Risiko einer Vernachlässigung oder einer psychischen Misshandlung besteht. Wie die Gefährdung konkret eingeschätzt werden kann, wird im Folgenden erläutert.

Beurteilung einer Kindeswohlgefährdung

Hauri und Zingaro (2020) haben ein Manual ausgearbeitet, mit dessen Hilfe Fachpersonen, die eng mit Kindern oder deren Eltern arbeiten, eine Kindeswohlgefährdung einschätzen können (S. 7). Für die Gefährdungsanalyse schlagen sie folgende sechs Schritte vor (S. 37):

1. Zuerst soll geklärt werden, ob Soforthilfe notwendig ist. Ein Grund für Soforthilfe kann beispielsweise sein, dass klare Anzeichen zu erkennen sind, dass das Kind aktuell wesentlich körperlich oder sexuell misshandelt wird oder dies in den nächsten Stunden oder Tagen passieren könnte. Ein weiterer solcher Anhaltspunkt ist zudem die Vernachlässigung eines Kindes, die so weit reicht, dass das Kind in den nächsten Stunden oder Tagen an Leib und Leben bedroht ist. Soforthilfe kann für das Kind beispielsweise ein temporärer stationärer Aufenthalt in einer Institution oder ein Aufenthalt bei Bekannten oder Verwandten bedeuten (S. 38-39).

Ist aktuell keine Soforthilfe angezeigt, sind folgende Punkte zu bearbeiten (ebd.):

2. Hinweise für eine bestehende Gefährdung des Kindes sollen festgehalten werden. Dabei sollen Fakten, Erklärungen und Interpretationen klar getrennt werden und Aussagen eines Kindes wortwörtlich (d.h. im Originalton, evtl. Mundart) festgehalten werden. Liegen genügend Hinweise vor, dass das Kindeswohl zum jetzigen Zeitpunkt gefährdet sein könnte, ist eine Meldung bei der Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde (KESB) angezeigt. Ansonsten ist eine Überprüfung der Kindeswohlgefährdung regelmässig wieder vorzunehmen, damit eine Verschlechterung der Situation erkannt wird (S. 40-41).
3. Die Schutzfaktoren des Kindes und der Familie sollen in diesem Schritt erkannt und festgehalten werden. Schutzfaktoren dienen zur Minderung der Gefährdung, können diese jedoch nicht gänzlich abwenden. Zudem können die Schutzfaktoren hilfreich sein bei der Planung von Hilfen (S. 42).
4. Nun wird nach den Risikofaktoren des Kindes und der Eltern gefragt. Es soll keine umfassende Risikoanalyse erstellt werden, sondern die bekannten Risikofaktoren festgehalten werden (S. 43).
5. Anhand der Grundlage der vorgängigen Schritte soll anschliessend eine Risikoeinschätzung vorgenommen werden. Mithilfe von zwei Skalenfragen wird die subjektive Gewissheit bezüglich der Kindeswohlgefährdung der Fachperson erfragt. Einerseits

wird gefragt, wie hoch die Fachperson das Risiko einer Kindeswohlgefährdung einschätzt und andererseits, wie sicher sie sich dabei fühlt. Diese Einschätzung führt dazu, dass der Fall einer der folgenden vier Farben zugeteilt wird:

- Grün (Gefährdungspotenzial: niedrig / Einschätzungssicherheit: hoch)
- Gelb (Gefährdungspotenzial: niedrig / Einschätzungssicherheit: unsicher)
- Orange (Gefährdungspotenzial: hoch / Einschätzungssicherheit: unsicher)
- Rot (Gefährdungspotenzial: hoch / Einschätzungssicherheit: sicher)

Diese Farbzuteilung ist ausschlaggebend für den nächsten und letzten Schritt (S. 45-47).

6. Hauri und Zingaro (2020) stellen einen Entscheidungsbaum zu Verfügung, anhand dessen das weitere Vorgehen geplant werden kann (S. 49). Dies wird im Folgenden bezogen auf die vier Farben kurz erläutert. Dabei ist die Fallbesprechung im Team jeweils der erste Schritt.

Grüner Fall – kein Hilfebedarf: Es kann davon ausgegangen werden, dass kein Hilfebedarf besteht (S. 50).

Gelber Fall – Hilfebedarf: Ist die Bereitschaft der Eltern da, Hilfe anzunehmen, kann aufgrund der vorhandenen Ressourcen der Familie eine Intervention geplant werden. Ist die Bereitschaft der Eltern bezüglich einer Hilfestellung jedoch nicht gegeben, ist es vermutlich nicht angezeigt, eine Gefährdungsmeldung gegen den Willen der Eltern bei der KESB einzureichen. Durch den Versuch mit den Eltern in Kontakt zu bleiben, können sie über diesen Weg Informationen zu Hilfsangeboten erhalten und allenfalls motiviert werden, diese in Anspruch zu nehmen (ebd.).

Oranger Fall – erheblicher Hilfebedarf: Zunächst muss geklärt werden, ob die notwendige Hilfe im Rahmen des beruflichen Auftrags erbracht oder organisiert werden kann, oder ob weitergehende Massnahmen erforderlich sind. Falls dies der Fall ist, muss weiter geklärt werden, wer die Fallführung übernehmen kann. Der Fall sollte sich innerhalb sinnvoller Frist in einen gelben Fall verwandeln. Ist keine erhebliche Verbesserung in Sicht oder kann keine involvierte Stelle die Fallführung übernehmen, ist eine Gefährdungsmeldung bei der KESB einzureichen. Das Gleiche gilt, wenn die Eltern nicht bereit sind, mit der fallführenden Stelle zusammenzuarbeiten. Sämtliche Schritte sind im Team, aber auch mit den Vorgesetzten zu besprechen (S. 51-54).

Roter Fall – Kindeswohlgefährdung: Es kann davon ausgegangen werden, dass das Kindeswohl gefährdet ist, woraus sich gemäss Art. 314 lit. d ZGB (SR 210) eine Meldepflicht an die KESB ergibt (S. 54).

Aus der Gefährdungsmeldung an die KESB kann eine Kinderschutzmassnahme erfolgen. Diese wird erlassen, wenn festgestellt wurde, dass eine Kindeswohlgefährdung vorliegt. Das Wohl des Kindes wird durch unterschiedliche Massnahmen geschützt. Diese werden im nächsten Kapitel kurz erläutert.

3.5.4 Kindesschutz

Im ersten Teil dieses Kapitels werden die unterschiedlichen Arten des Kindesschutzes erwähnt und im zweiten Teil werden die zivilrechtlichen Kindesschutzmassnahmen kurz erläutert.

Gemäss Häfeli (2016) beinhaltet Kindesschutz «alle gesetzgeberischen und institutionalisierten Massnahmen zur Förderung einer optimalen Entwicklung von Kindern und Jugendlichen sowie zum Schutz vor Gefährdungen und zur Milderung und Behebung der Folgen von Gefährdungen» (S. 292).

Die Schweiz kennt fünf Arten des Kindesschutzes:

- Sämtliche Massnahmen und Besuche bei Beratungseinrichtungen, welche auf Initiative der Eltern und Kinder erfolgen, gehören zum freiwilligen Kindesschutz. Darunter fallen private wie auch öffentliche Institutionen, wie beispielsweise die Erziehungsberatung, der Sozialdienst, die Mütter- und Väterberatung oder der schulpyschologische Dienst (S. 293).
- In der schweizerischen Bundesverfassung sind unterschiedliche Bestimmungen zum öffentlich-rechtlichen Kindesschutz festgehalten (ebd.). Beispielsweise ist in Art. 11 BV (SR 101) das Anrecht auf Schutz der Unversehrtheit sowie die Förderung der Entwicklung geregelt und in Art. 19 BV das Recht auf Grundschulunterricht. Die Bestimmungen der BV werden durch spezifische Gesetze auf Bundes- und Kantonebene konkretisiert (Häfeli, 2016, S. 293).
- Der strafrechtliche Kindesschutz enthält zwei unterschiedliche Normen: Einerseits Strafbestände des Erwachsenenstrafrechts, wie beispielsweise bei körperlicher Misshandlung eines Kindes und andererseits ein Sanktionssystem für Kinder, die straffällig wurden (S. 293-294).
- Zum internationalrechtlichen Kindesschutz gehören etliche internationale Abkommen, wie beispielsweise die UNO-Konvention über die Rechte des Kindes (SR 0.107) (S. 294).
- Gemäss Art. 302 ZGB sind Eltern verpflichtet, ihren Kindern eine optimale körperliche, geistige, psychische und soziale Entwicklung zu gewährleisten. Kommt es zu einer Kindeswohlgefährdung (vgl. Kap. 3.7.6.), kann dies zum zivilrechtlichen Kindesschutz (d.h. zu Kindesschutzmassnahmen) führen (Häfeli, 2016, S. 294-296). Die KESB verfügt über entsprechende Massnahmen.

Die Autorinnen ziehen den Schluss, dass für Familien mit einem depressiv erkrankten Elternteil Unterstützung durch Angebote des freiwilligen Kindesschutzes zwar sinnvoll sind, diese jedoch aufgrund des fehlenden Antriebs oder Ängsten vor möglichen Massnahmen oft nicht aufgesucht werden. Wenn durch die elterliche Depression das Kindeswohl gefährdet wird,

können zivilrechtliche Kinderschutzmassnahmen zum Einsatz kommen.

Der zivilrechtliche Kinderschutz respektive die Kinderschutzmassnahmen, welche durch die KESB ergriffen werden, dienen zu Abwehr der Kindeswohlgefährdung (Hegnauer, 1999, S. 206). Dabei können folgende Massnahmen ergriffen werden:

- Die Ermahnung gemäss Art. 307 Abs. 3 ZGB ist die schwächste Massnahme. Die abklärende Person erinnert die Eltern daran, was sie tun sollten, damit dadurch das Kindeswohl sichergestellt werden kann (Rosch & Hauri, 2018, S. 454).
- Die Weisung ist verbindlicher als die Ermahnung. Beide Massnahmen sind im gleichen Gesetzesartikel geregelt. Die Weisung ist eine Anweisung an die Eltern, was sie zu tun, zu dulden oder zu unterlassen haben (S. 455).
- Derselbe Artikel vom ZGB sieht vor, eine Erziehungsaufsicht einzusetzen, bei welcher die Eltern und / oder das Kind über das Familiensystem Auskunft geben müssen. Die Stelle oder die Person, welche die Erziehungsaufsicht ausübt, begleitet die Familie überwachend. Dabei hat sie keine intervenierende Funktion, sondern eine Rapportierende und Beobachtende (Rosch & Hauri, 2018, S. 457).
- Eine weitere Kinderschutzmassnahme ist die Erziehungsbeistandschaft, welche im Art. 308 ZGB geregelt ist. Es gibt unterschiedliche Arten, wie diese ausgestaltet werden kann:
 - Durch beratende Aufgaben (Art. 308 Abs. 1 ZGB), steht die Beiständin oder der Beistand der Familie mit Rat und Tat zur Seite (Rosch & Hauri, 2018, S. 459).
 - Es können besondere Befugnisse (Art. 308 Abs. 2 ZGB) auf die Beiständin oder den Beistand übertragen werden, allenfalls mit dem Recht zur Vertretung des Kindes oder zu Tathandlungen (Rosch & Hauri, 2018, S. 460).
 - Durch die Massnahme kann die elterliche Sorge eingeschränkt werden (Art. 308 Abs. 3 ZGB). Die Befugnisse und die Aufgabenbereiche sind vielfältig gestaltbar (Rosch & Hauri, 2018, S. 461).
 - Die einzelnen Erziehungsbeistandschaften können auch kombiniert werden.
- Weiter kann den Eltern gemäss Art. 310 ZGB das Aufenthaltsbestimmungsrecht ihrer Kinder entzogen werden.
- Art. 311 und Art. 312 ZGB regeln die Entziehung der elterlichen Sorge.

Es wird ersichtlich, dass ein depressiv erkrankter Elternteil durch eine Erziehungsbeistandschaft in seiner Erziehungsfähigkeit unterstützt und beraten werden kann. Eine engere Begleitung innerhalb der Familie bietet jedoch die Sozialpädagogische Familienbegleitung, welche sich als präventive und somit freiwillige Massnahme eignen kann oder bei Anordnungen eingesetzt wird. Diese wird im Kapitel 4 vorgestellt. Zuvor werden die bisher behandelten Themen verknüpft und erste Erkenntnisse dargestellt.

3.6 Verknüpfung der elterlichen Depression mit dem Systemischen Entwicklungsmodell

In den Kapiteln zu «Depression und Elternsein» wurde aufgezeigt, wie sich eine Depression auf verschiedene Bereiche im Eltern-Kind-, Elternteil-Kind- und Familien-System auswirken kann.

Folgend werden einige Bezüge zum Systemischen Entwicklungsmodell nach Guralnick gemacht, um zwischen den aufgegriffenen Themen die Beziehungen und Wechselwirkungen aufzuzeigen und zu verdeutlichen.

Die Depression eines Elternteils, weitere familiäre Belastungen (z.B. Arbeitslosigkeit) sowie die Bewältigungsstile sind Faktoren, welche auf der Ebene der Familienressourcen verortet werden können. Die meisten ausgeführten Themen stellen potenzielle Risikofaktoren dar, was darauf hindeutet, dass die Ressourcen in Familien mit einem depressiv erkrankten Elternteil dadurch oft eingeschränkt sind. Dies zeigt sich auf der Ebene der Interaktionsmuster. So wurde beispielsweise ersichtlich, wie sich eine elterliche Depression auf die elterlichen Kompetenzen auswirkt oder wie ein destruktives emotionsbezogenes gemeinsames Coping die Eltern-Kind-Interaktionen stören kann. Die genannten Punkte wirken sich wiederum negativ auf die Erfüllung von Entwicklungsaufgaben auf der Entwicklungsebene der Kinder aus. Die Autorinnen schlussfolgern daher, dass die Familienressourcen bearbeitet werden müssen, um die elterlichen Kompetenzen zu stärken.

Jedoch sind mögliche Entwicklungsstörungen eines Kindes nicht nur als Folge einer elterlichen Depression zu bewerten. Es gilt auch den umgekehrten Einfluss zu beachten. Auffälliges Verhalten bei Kindern entsteht somit nicht nur aufgrund belastender Umstände in der Familie, sondern ebenso dadurch, wie das Kind mit Belastungen umgeht. Dabei spielen die Eigenschaften des Kindes eine wichtige Rolle (Lenz & Brockmann, 2013, S. 29). Lenz und Brockmann heben das Temperament, das Alter und Geschlecht als besondere Einflussfaktoren hervor. Wenn das Kind ein schwieriges Temperament zeigt, verstärkt dies mögliche Erziehungsschwierigkeiten der Eltern, was sich negativ auf die Eltern-Kind-Beziehung auswirkt. Belastungen haben oftmals einen starken Einfluss auf die kindliche Entwicklung. Besonders verletzlich sind Kinder in der frühen Kindheit aufgrund des fehlenden Eigenschutzes und im Jugendalter aufgrund der zahlreichen weiteren Entwicklungsaufgaben (S. 29). Weiter sind Mädchen von einem Elternteil mit einer Depression meist anfälliger für eine psychische Erkrankung als Jungen (S. 30).

Das Systemische Entwicklungsmodell besagt, dass die Eltern die Interaktionsmuster je nach Entwicklungsstand des Kindes anpassen müssen. Wie in den Ausführungen zu den Auswirkungen einer Depression ersichtlich wurde, passt sich jedoch oftmals das Kind an die psychische Instabilität der Eltern an (z.B. bei der Parentifizierung).

In den vorherigen Kapiteln wurde vermehrt die Wichtigkeit der Kommunikation über die Krankheit wie auch der adäquate Umgang mit der Krankheit in der Familie und gegen aussen thematisiert. Wenn die Familie nicht über genügend Familienressourcen verfügt, um eine gesunde Entwicklung des Kindes zu gewährleisten, benötigt sie Hilfe von aussen. Diese wird freiwillig in Anspruch genommen (soziales Umfeld, freiwilliger Kinderschutz) oder angeordnet (zivilrechtlicher Kinderschutz). Zudem ist die Resilienzförderung der einzelnen Familienmitglieder wie auch des gesamten Familiensystems sinnvoll, um künftige Belastungen mildern zu können.

Nachdem nun hauptsächlich Risikofaktoren und Stressoren ausgeführt wurden, geht es im folgenden Kapitel vermehrt um die Stärkung von Schutzfaktoren im Rahmen der Sozialpädagogischen Familienbegleitung.

4 Sozialpädagogische Familienbegleitung (SPF)

Die Sozialpädagogische Familienbegleitung (SPF) ist, aus Sicht der Autorinnen, als Angebot der Sozialen Arbeit besonders geeignet, um die familiären Ressourcen wie auch die Erziehungsfähigkeit von Eltern mit einer depressiven Erkrankung zu fördern. Dies wird durch die intensive Arbeit mit und in der Familie begründet. Mattejat und Remschmidt (2008) zeigen auf, dass sich die SPF für die Prävention von Kindern psychisch kranker Eltern eignet, damit die Belastungen, mit denen sie konfrontiert sind, gesenkt und Schutzfaktoren gestärkt werden (S. 316). In manchen Fällen kann zudem eine Fremdplatzierung verhindert werden (Lötscher, 2013, S. 32). Die Autorinnen ziehen aufgrund dieser Ausgangslage den Schluss, dass die SPF eine nachhaltige Wirkung auf das Familiensystem erzielen kann. Es wird nun der Frage nachgegangen, wie die SPF die Familie und deren Ressourcen konkret stärken kann, insbesondere bei Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil.

In diesem Kapitel werden zuerst die Schwerpunkte der SPF vorgestellt sowie einige Aspekte der Zusammenarbeit zwischen Eltern und Fachpersonen hervorgehoben. Anschliessend wird ausgeführt, welche Verfahren und Techniken sich innerhalb von drei ausgewählten Methoden eignen, um die Erziehungsfähigkeit von einem an Depression erkrankten Elternteil sowie die allgemeinen familiären Ressourcen zu stärken. Zudem werden einige Vorgehensweisen erläutert, die sich keiner der drei Methoden zuordnen lassen, die jedoch das Familiensystem stärken. Danach greifen die Autorinnen kurz die Thematik der interdisziplinären Zusammenarbeit auf und abschliessend wird die SPF mit dem Systemischen Entwicklungsmodell nach Guralnick verknüpft, um die Wirkung der SPF aufzuzeigen.

4.1 Schwerpunkte des Handlungsfelds SPF

Damit die nachfolgend dargestellten Arbeitsmethoden der SPF besser im Rahmen des Handlungsfeldes verortet werden können, werden zuerst der Auftrag sowie die Zielgruppe, allgemeine Arbeits- und Handlungsprinzipien, der Zugang zur SPF und deren Finanzierung aufgezeigt.

4.1.1 Auftrag und Zielgruppe

Die SPF unterstützt Familien bei der Bearbeitung vielfältiger familiärer Problemlagen, wodurch sie die Lebensbedingungen der betroffenen Kinder zu verbessern versucht. Das aufsuchende Angebot, welches in der Kinder- und Jugendhilfe verortet werden kann, legt den Fokus auf das Kindeswohl und die Entwicklung der Kinder (AvenirSocial & Fachverband SPF, 2017, S. 2).

Wichtig dabei ist die Unterstützung der Erziehungsberechtigten in den Themen Erziehung, Förderung und Lebensgestaltung innerhalb der Familie, Umgang mit familiären Konflikten und Erschliessung von Ressourcen (ebd.). Dabei arbeiten die Fachpersonen mit den Eltern respektive Erziehungsberechtigten sowie deren Kinder zusammen (S. 3). Die Zielsetzungen während einer SPF bewegen sich gemäss dem Leitbild der SPF in der Regel in folgenden Themengebieten:

- Grundbedürfnisse der Kinder
- Beziehung zu Bezugspersonen
- Förderung der kindlichen Entwicklung
- alltägliche Betreuungsaufgaben
- Schutz der Kinder vor Gewalt
- Netzwerkarbeit (S. 3)

Gemäss der Statistik aus dem Jahr 2019 des schweizerischen Fachverbands der SPF (n.d.) setzt sich die Familienstruktur der unterstützten Familien wie folgt zusammen: Eine Mehrheit der Familien sind Alleinerziehende (58 %) und etwa ein Drittel der Kinder lebt mit beiden leiblichen Eltern (29 %). Die restlichen 13 % setzen sich aus wieder verheirateten, Patchworkfamilien oder ähnlichem zusammen (S. 5).

Die Mehrheit der Kinder (39 %), welche durch die SPF begleitet wird, ist zwischen 7 und 12 Jahre alt. Die Altersspannen 0 bis 6 Jahre und 13 bis 18 Jahre sind gleichteilig mit 28 % vertreten. Ein kleinerer Teil der Kinder ist bereits volljährig (5 %) (ebd.).

Folgende Problemstellungen werden von Fachpersonen der SPF am häufigsten genannt (Mehrfachnennungen waren möglich): Erziehungsschwierigkeiten (71 %), Schul- oder Ausbildungsprobleme (43 %), mangelnde Tages- bzw. Alltagsstruktur (41 %), Elternkonflikte (35 %) und psychische Probleme der Eltern (31 %) (S. 6). Aufgrund der in Kapitel 3.2 geschilderten Auswirkungen einer Depression gehen die Autorinnen davon aus, dass Familien mit einem an Depression erkrankten Elternteil mit weiteren Problemstellungen konfrontiert sind.

Gemäss dem Datenbericht des Kantons Bern aus dem Jahr 2020 haben die SPF-Leistungen in den letzten Jahren deutlich zugenommen. Durchschnittlich dauert eine Intervention 1,3 Jahre (Kantonales Jugendamt, 2021, S. 30-31).

4.1.2 Arbeits- und Handlungsprinzipien

Dem Leitbild der SPF (AvenirSocial & Fachverband SPF, 2017) zufolge orientieren sich die Tätigkeiten der Fachpersonen im Allgemeinen an folgenden Prinzipien:

Ressourcen- und Risikoorientierung: Fehlende Ressourcen sollen durch Befähigung, Ermutigung und wenn nötig Unterstützung der Familien erschlossen werden. Die Ressourcen

und Risiken sind immer wieder einer Überprüfung zu unterziehen, ob sich diese im Gleichgewicht befinden und somit das Kindeswohl sichergestellt ist (S. 4).

Alltags- und Lebensweltnähe: Die Intervention soll im Kontext der Lebensrealität der Familie geschehen. Dies beinhaltet beispielsweise die Vermittlung zu Unterstützungsleistungen von Drittpersonen oder Unterstützung im Kontakt mit Behörden und Fachstellen (ebd.).

Netzwerkarbeit: Damit Beziehungen und Erfahrungen gefördert werden können, sind Fachpersonen angehalten, die Netzwerke der einzelnen Familienmitglieder, aber auch der ganzen Familie zu erweitern. Somit wird die Gesellschaftsteilhabe gefördert (S. 5).

Hilfe zur Selbsthilfe: Die Familie wird angeleitet, selbständig Problemlösungsstrategien zu finden. Die Strategien, die in der Vergangenheit funktioniert haben, werden dabei berücksichtigt und gegebenenfalls ergänzt (ebd.).

Stabilisierung: Die Familie soll zur Stabilisierung in folgenden Bereichen Unterstützung erhalten: Beim Erschaffen und Erhalten von problemfreien Bereichen, bei der Erhöhung der Anpassungsleistungen an die Umwelтанforderungen und wenn nötig bei der Suche nach Entlastungsangeboten. Das Vertrauen in das Veränderungspotenzial der Familie soll inner- und ausserfamiliär gestärkt werden (ebd.).

Strukturierte Offenheit: Innerhalb der einzelnen Phasen der Intervention sollen fachlich fundierte Techniken und Instrumente angewendet werden, welche der Familie und der Zielerreichung entsprechen (ebd.).

Beziehungs- und Rollengestaltung: Wertschätzung und Respekt gegenüber der Familienkultur sowie Transparenz im Umgang mit den Familienmitgliedern wird für eine zielorientierte Intervention vorausgesetzt. Zudem soll die Rolle, welche die Fachperson einnimmt, professionell gestaltet sein und stetig reflektiert werden (ebd.).

Die Fachpersonen der SPF sind den Grundsätzen des Kindesschutzes wie auch der UNO-Kinderrechtskonvention verpflichtet. Die ethische Arbeitsgrundlage bildet der Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz (S. 6).

4.1.3 Zugang

Die konkrete Zuweisung einer SPF kann auf Wunsch der Familie geschehen, mit oder ohne Unterstützung des Sozialdienstes, oder durch Drittpersonen wie beispielsweise die Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde oder die Jugendanwaltschaft angeordnet werden (Steiner & Wetzel, 2015, S. 24).

Um die Indikation einer SPF beurteilen zu können, wurde im Jahr 2020 das Instrument zur Indikationseinschätzung SPF veröffentlicht (Metzger & Tehrani, 2020). Darin sind

nachfolgende Kriterien ausgeführt. Wenn diese alle als zutreffend beurteilt werden, ist eine SPF indiziert (S. 4):

- Es muss klar sein, an welchen Punkten mit der Familie gearbeitet werden soll. Welche Anforderungen stellt der Auftraggeber? Welche Wünsche bestehen seitens der Familie?
- Wird die SPF ins bereits bestehende Netzwerk integriert?
- Wer die Kosten der SPF trägt, ist geklärt.
- Die intervenierende Institution soll Qualitäten in der Struktur, im Prozess und bei den Ergebnissen ausweisen können.
- Mindestens eine geringe Kooperationsbereitschaft der Familie ist vorhanden.
- Ein Potenzial zur Veränderung ist innerhalb der Familie und bezüglich der Erziehung erkennbar. Dieses sollte durch die Intervention der SPF entfaltet werden können.
- Eine gewisse Stabilität sollte die Familie ausweisen, damit eine Auseinandersetzung mit der Sicherstellung des Kindeswohls möglich ist.
- Ein Konsens mit der SPF sollte in folgenden Bereichen der Familie möglich sein: Kultur, Sprache, Persönlichkeit und Unterstützungsbedarf. (S. 4-5)

4.1.4 Finanzierung

Gemäss dem Fachverband SPF (n.d.) wurden im Jahr 2019 die Interventionen der SPF hauptsächlich durch die Gemeinden (74 %) finanziert. Der Kanton bezahlte in 17 % der Fälle, Strafverfolgungsbehörden in 2 % und Stiftungen in 1 % (S. 7).

Die Zahlen des Berner Datenberichts manifestieren die oben ausgeführte Verteilung der Kostenlast: 76 % der Leistungen der SPF wurden im Einverständnis der Eltern durch den Sozialdienst ausgeführt, etwa ein Fünftel wurde durch die Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde angeordnet und 1,7 % durch die Jugendanwaltschaft (Kantonales Jugendamt, 2021, S. 31).

Bevor die spezifischen Methoden der SPF ausgeführt werden, folgen einige wichtige Aspekte der Zusammenarbeit mit Familien.

4.2 Zusammenarbeit zwischen Familienbegleitenden und Familien

In diesem Kapitel werden Herausforderungen und Möglichkeiten, welche in der Zusammenarbeit zwischen Familienbegleitenden und Familien mit einem an Depression erkrankten Elternteil zentral sind, ausgeführt. Zu Beginn werden einige Aspekte aufgezeigt, welche nicht nur psychisch belastete Familien betreffen, es werden jedoch grösstenteils Bezüge zu diesem Themenbereich hergestellt. Abschliessend werden einige depressionsspezifische Aspekte

ausgeführt. Die Auseinandersetzung mit diesen Themen ist förderlich, um eine gelingende Zusammenarbeit erreichen zu können.

Durch die SPF soll keine Behandlung der Krankheit erfolgen, sondern es geht darum, die Auswirkungen der Krankheit, besonders auf die Kinder, zu bewältigen oder zu verringern (Schrappe, 2011, S. 104). SPF-Fachpersonen unterstehen der gesetzlichen Schweigepflicht. Informationen dürfen nur weitergegeben werden, wenn die betroffene Person damit einverstanden ist. Die Kindeswohlgefährdung stellt eine Ausnahme dar (AvenirSocial & Fachverband SPF, 2017, S. 6). Gemeinsam mit der Familie werden Ziele festgelegt und bearbeitet (Schrappe, 2011, S. 104). Deren Auswertung wird der zuweisenden Stelle vorgelegt (AvenirSocial & Fachverband SPF, 2017, S. 4). Die Ausführungen in Kapitel 4.1.4 zeigen, dass die SPF grösstenteils durch zuweisende Stellen (KESB, Sozialdienst, Jugendanwaltschaft) finanziert wird. Dies führt dazu, dass in den meisten Fällen ein Abklärungs- oder Kontrollauftrag von Seiten Finanzgeber besteht (Eberitzsch, 2016, S. 166). Die Autorinnen gehen davon aus, dass dies ein Misstrauen der Familie auslösen kann. Sie empfehlen daher, die Ängste der Familie aufzugreifen, diese zu thematisieren und die Kontrollfunktion transparent zu machen, um das Vertrauen zu fördern.

Wenn die SPF in einer Familie aktiv wird, erhält sie durch die Einsicht in die Wohnung und das soziale Umfeld zahlreiche Informationen über eine Familie, welche diese kaum kontrollieren kann. Dies stellt aus der Perspektive der Familie eine gefährliche Situation dar, in der sich Familienmitglieder beispielsweise fragen, ob sie sich dafür schämen müssen, wer sie sind (Wolf, 2015, S. 149). Viele Eltern mit einer psychischen Erkrankung befürchten, dass ihnen durch Interventionen der KESB oder des sozialen Umfeldes die Kinder weggenommen werden (Schrappe, 2018, S. 46-47). Diese Angst führt dazu, dass Hilfen nicht gesucht oder in Anspruch genommen werden. Wenn Massnahmen angeordnet werden, haben betroffene Eltern diesbezüglich meist Vorbehalte und sind vorsichtig (Lenz & Brockmann, 2013, S. 46). Auch negative Erfahrungen mit professionellen Hilfesystemen erschweren die Zusammenarbeit und verringern die Kooperationsbereitschaft (Gutmann, 2017, S. 28). Fachpersonen nehmen die Familie aufgrund der fehlenden Kommunikation oder unverständlichem Handeln oftmals als unkooperativ und «schwierig» wahr. Dadurch wird die Möglichkeit einer hilfreichen Unterstützung der Familie erschwert (Gutmann, 2017, S. 268).

Dilemmata in der Zusammenarbeit

Die SPF wurde in den letzten Jahren gemäss Gutmann (2017) vermehrt eingesetzt, um Fremdplatzierungen zu verhindern. Aus Sicht des Erwachsenenschutzes ist dabei die Wahrung des elterlichen Sorgerechts zentral (S. 17). Der Elternteil hat ein Recht auf eine Beziehung zu seinem Kind und Betreuungsaufgaben werden als identitätsstiftend betrachtet. Wenn diese Aufgaben wegfallen, kann sich das Wohlbefinden des Elternteils wesentlich verschlechtern (Ludewig et al., 2015, S. 567). In Bezug auf den Kinderschutz wird angenommen, dass

das Elternhaus, welches durch professionelle Hilfe stabilisiert und unterstützt wird, den Kindern im Allgemeinen bessere Entwicklungsmöglichkeiten bietet als alternative Massnahmen. Viele Fachpersonen sind jedoch der Ansicht, dass Kinder aus belasteten Familien eher zu lange unter unerträglichen Bedingungen im Elternhaus belassen werden. Andere Fachpersonen vertreten die Meinung, dass sich zwar eine zu hohe Anzahl von Kindern in unerträglichen Bedingungen befinden, es aber erfolgsversprechender ist, die Familien vermehrt zu unterstützen und zu stärken, anstelle der Unterbringung von Kindern in teuren stationären Settings (Gutmann, 2017, S. 17). Während Fachpersonen des Erwachsenenschutzes den Fokus auf das Wohlbefinden ihrer Klientel richten und Kinder als stabilisierende Kraftquelle für belastete Eltern betrachten, konzentrieren sich Fachpersonen des Kinderschutzes auf das Wohl der Kinder (S. 18). Die Entscheidung, wann eine Fremdplatzierung angezeigt ist, hängt von diversen Faktoren ab und löst bei Fachpersonen der KESB häufig ambivalente Gefühle aus (S. 17). Die Autorinnen gehen davon aus, dass auch SPF-Fachpersonen dieses Dilemma zu spüren bekommen.

Um die Familie zu unterstützen, ist es zentral, die Erziehungsfähigkeit der Eltern zu stärken und die Sicherheit des Kindes herzustellen. Es bedarf einer vertrauensvollen individuellen Zusammenarbeit, um die elterlichen Kompetenzen zu fördern (Gutmann, 2017, S. 18). Gemäss Gutmann verunmöglicht jedoch eine Haltung von übermässigem Sicherheitsdenken seitens der Fachperson teilweise die Vertrauenserbringung gegenüber dem betroffenen Elternteil. Dies wird mit einem Beispiel erläutert: Zur Unterstützung der Familie wird, wenn möglich, das soziale und professionelle Netzwerk der Familie in den Prozess integriert. Fehlt dieses anfänglich und muss daher erst über eine gewisse Zeit aufgebaut werden, benötigen Fachpersonen die Zuversicht, dass die Situation bis zur anhaltenden Stabilisierung bewältigt werden kann. Die Fachpersonen möchten jedoch keinesfalls eine Kindeswohlgefährdung verpassen. Dies stellt eine besondere Herausforderung dar, da psychische Störungen wie die Depression meist episodenhaft auftreten und es dadurch schwierig ist, langfristige Annahmen über den weiteren Verlauf der Krankheit zu machen (S. 18).

Die beschriebenen Punkte führen zu Herausforderungen in der Zusammenarbeit und der Kommunikation zwischen dem professionellen Hilfesystem und der Klientel (S. 19).

Wenn sich die Eltern in der Zusammenarbeit ernstgenommen und unterstützt fühlen, können sie sich teilweise mit einer Fremdunterbringung des Kindes einverstanden erklären. Dies benötigt oftmals Zeit und gelingt nicht immer (Plattner, 2017b, S. 31). Viele psychisch erkrankte Elternteile merken es jedoch, wenn ihre Erziehungsfähigkeit allgemein oder vorübergehend eingeschränkt ist (Lenz & Brockmann, 2013, S. 46). In den meisten Fällen wollen Eltern eine gute Mutter oder ein guter Vater für ihr Kind sein. Diese Voraussetzung ist hilfreich für die Zusammenarbeit mit betroffenen Eltern. Die Kinder sind eine wertvolle Ressource für die Eltern, da sie ihrem Leben Sinn geben. Wenn das Kind jedoch der einzige Sinn im Leben des

Elternteils darstellt, ihn dadurch am Leben erhält und er dies dem Kind gegenüber ausdrückt, wirkt sich diese Last negativ auf das Kind aus (Schrappe, 2018, S. 50).

Es gibt aber nicht nur die beiden Möglichkeiten, dass Kinder über einen längeren Zeitraum fremdplatziert werden oder bei den Eltern bleiben, sondern auch flexible Lösungen wie Verwandtenunterstützung, Patenschaften oder Entlastungsdienste, welche der Situation der Familie angepasst werden können (Schrappe, 2018, S. 104). Die Autorinnen gehen davon aus, dass Hilfen im sozialen Umfeld unkomplizierter organisiert werden können als professionelle Unterstützung, bei welcher passende Angebote gefunden und Finanzierungsfragen geklärt werden müssen. Aufgrund von vermuteter oder erlebter Stigmatisierungserfahrungen isolieren sich Personen mit einer Depression jedoch häufig (vgl. Kap. 3.2.2), was die Aktivierung des sozialen Umfelds ebenfalls erschweren kann (Schrappe, 2018, S. 46).

Beziehungsgestaltung

In allen Bereichen der Sozialen Arbeit ist die Beziehungsgestaltung zwischen der Klientel und den Sozialarbeitenden entscheidend für die Wirksamkeit der Interventionen. Dabei ist nicht nur das Fachwissen des Sozialarbeitenden entscheidend, sondern auch die Beziehungsqualität und das daraus entstehende Vertrauen. Zudem hat die persönliche Einstellung des Sozialarbeitenden gegenüber der Person, die zu einer Klientin oder einem Klienten wird, einen bedeutenden Einfluss. Zu den Qualitätsmerkmalen beruflichen Handelns gehören daher einer Person mit Achtung und auf Augenhöhe zu begegnen sowie den andersartigen Lebensentwurf und die daraus entstandene Persönlichkeit zu respektieren (Wolf, 2015, S. 161-162). Zudem betont Tschöpe-Scheffler (2005), dass die Eltern als Expertinnen und Experten ihrer Kinder gestärkt und ihre Ressourcen einbezogen werden sollen (S. 14) (vgl. auch Kap. 4.1.2).

Wenn der Aufbau einer Vertrauensbeziehung fehlschlägt, entstehen Grenzen in der Zusammenarbeit (Wolf, 2015, S. 163). Wenn der Vertrauensaufbau aber gelingt, wird die Familie für lange Zeit durch eine kompetente Fachperson begleitet, welche sie mit Beratung, aktiver Hilfe und Förderung unterstützt (Schrappe, 2011, S. 104).

Depressionsspezifische Aspekte der Zusammenarbeit

In der Zusammenarbeit mit Elternteilen, welche an einer Depression leiden, ist es gemäss Plattner (2017e) wichtig, dass zwischen den Terminen nur kleine Schritte vereinbart werden. Ratschläge nehmen die Eltern so meist gerne an. Lob und Aufwertung sind entscheidend, weil der erkrankte Elternteil oft ein geringes Selbstvertrauen hat und sich abwertet. Da betroffene Personen häufig unter Antriebslosigkeit leiden, sind aufsuchende Hilfen besonders geeignet. Wenn jedoch Aussentermine wahrgenommen werden müssen, kann es Betroffenen helfen, wenn jemand sie zum Termin begleitet (S. 133). Hierbei kann die SPF Unterstützung anbieten.

Aufgrund des episodenhaften Verlaufs, welcher bei einer Depression üblich ist, empfiehlt Schrappe (2011), dass die SPF über mehrere Jahre in einer Familie installiert ist und je nach Bedarf mehr oder weniger intensive Unterstützung leistet (S. 105).

In der Zusammenarbeit mit psychisch belasteten Eltern wird die SPF immer wieder mit der Schwierigkeit konfrontiert, dass lediglich Vermutungen bezüglich einer psychischen Störung vorliegen, jedoch noch keine psychiatrische Untersuchung erfolgte (Schrappe, 2011, S. 105). Den Autorinnen ist es wichtig zu erwähnen, dass eine SPF nicht nur bei einer diagnostizierten Depression angezeigt sein kann, sondern diese auch mit Eltern arbeitet, die Depressionssymptome aufweisen ohne dass eine Depression diagnostiziert wurde (vgl. Kap. 3.1.2). Schrappe (2018) weist darauf hin, dass es in der Zusammenarbeit mit Eltern mit oder ohne Diagnose wichtig ist, störungsbedingte Verhaltens- und Beziehungsweisen zu ermitteln. Dadurch lassen sich Informationen über deren Einfluss auf die Erziehungsfähigkeit und die Entwicklung des Kindes erschliessen (S. 27). Die Fachperson kann, falls dies angezeigt ist, den erkrankten Elternteil motivieren ärztliche Unterstützung aufzusuchen, um eine Diagnose und eine Therapie zu erhalten.

Besteht eine Diagnose oder ist der erkrankte Elternteil in therapeutischer Behandlung, liegt die Schwierigkeit hingegen häufig im fehlenden Austausch zwischen der SPF und der Therapeutin oder dem Therapeuten sowie der Psychiaterin oder dem Psychiater (Schrappe, 2011, S. 105). Auf die interdisziplinäre Zusammenarbeit wird in Kapitel 4.4 eingegangen.

Abschliessend erachten es die Autorinnen als wichtig, die Zusammenarbeit mit der Familie unvoreingenommen zu starten und den Unterstützungsbedarf individuell zu eruieren. Zudem ist es wichtig, dass alle Familienmitglieder in die Interventionsprozesse einbezogen und angehört werden (Gut, 2014, S. 16).

Welche Methoden, Verfahren und Techniken konkret zur Unterstützung der Familie eingesetzt werden können, wird im nachfolgenden Kapitel ausgeführt.

4.3 Zentrale Arbeitsmethoden, um die Erziehungsfähigkeit und familiären Ressourcen zu stärken

In der SPF werden unterschiedliche Methoden in der Zusammenarbeit mit den Familien angewendet (vgl. Kap. 1.4). Gemäss Eberitzsch (2016) wird vor allem mit systemischen Ansätzen gearbeitet (S. 171). Zentral dabei ist, dass das problematische Verhalten eines Familienmitglieds im Kontext des Familiensystem betrachtet und dessen Funktion für das soziale System erkundet wird. Beispielsweise wird in Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil der Fokus nicht hauptsächlich auf diesen gelegt, sondern es erfolgt eine Analyse der Funktion der Symptome für andere Familienmitglieder, aber auch für die Familienstabilität (Wolf, 2015, S. 159). Im systemischen (hier konstruktivistischen) Ansatz wird angenommen, dass die

Wahrnehmung einer Person durch soziale Konstrukte, die unter anderem durch Erfahrungen beeinflusst sind, bestimmt wird. Dies gilt für Familienmitglieder wie auch für Fachpersonen. Um Veränderungen anzuregen, kann das Familiensystem durch die SPF irritiert werden. Wenn eine vertrauensvolle Beziehung aufgebaut wurde, werden Anregungen der SPF oftmals gut angenommen (S. 160).

In der SPF der Deutschschweiz werden häufig die Kompetenzorientierte Familienarbeit, die Systemische Interaktionstherapie und das Hometreatment angewendet (Eberitzsch, 2016, S. 171-172). Aus diesem Grund legen die Autorinnen der vorliegenden Arbeit den Fokus auf die genannten drei Methoden. In den nachfolgenden Ausführungen wird ersichtlich, dass in diesen systemisch gearbeitet wird. Die Methoden werden anschliessend kurz eingeführt. Um ein besseres Verständnis dieser zu erhalten, erläutern die Autorinnen zudem die Handlungsleitlinien und stellen das Menschenbild dar. Dies dient als Grundlage, um danach dazugehörige Verfahren und Techniken vorzustellen, die sich eignen um die Erziehungsfähigkeit eines an Depression erkrankten Elternteils wie auch die familiären Ressourcen zu stärken. Es wurden vermehrt Verfahren und Techniken ausgewählt, welche sich auf die Zusammenarbeit mit den Eltern oder der gesamten Familie beziehen. Die Autorinnen sind der Auffassung, dass die Stärkung der Eltern sowie der ganzen Familie eine positive Auswirkung auf die Entwicklung der Kinder hat. Programme und Techniken, welche die Stärkung der Kinder oder Angehörigen im Fokus haben, werden innerhalb der methodenunspezifischen Vorgehensweisen aufgegriffen, jedoch aufgrund des Schwerpunkts der vorliegenden Arbeit nicht vertieft thematisiert.

4.3.1 Kompetenzorientierte Familienarbeit (KOFA)

Kitty Cassée lernte die KOFA in den Jahren 2003 und 2004 in den Niederlanden kennen und brachte sie in die Schweiz (Cassée, 2019b, S. 15-16), wo die Methode weiterentwickelt, implementiert und evaluiert wurde (Cassée, Los-Schneider, Baumeister & Gavez, 2010).

Die KOFA wird durch die folgenden sieben Prozessschritte strukturiert (Cassée, 2019a, S. 21):

1. Fallaufnahme: In das Klientensystem involvierte Stellen oder Behörden melden die Familie bei der KOFA an.
2. Analyse / Sammeln von Informationen: Die SPF Fachperson generiert einerseits Informationen durch die im Hilfeprozess involvierten Fachpersonen und andererseits durch erste Gespräche in und mit der Familie.
3. Diagnose / Fallverstehen / Fallkonzept: Durch Hypothesenbildung und Einschätzungen von Risiko- und Schutzfaktoren kann dieser Schritt erfüllt werden.
4. Indikation / Hilfeplanung: Konkrete Handlungsziele müssen definiert und passende Interventionen gewählt werden, damit das Ziel erreicht werden kann.

5. Intervention: Handlungsziele werden in Zusammenarbeit mit der Familie in Arbeitsschritten konkretisiert und umgesetzt.
6. Monitoring: Vorhandene Ziele sollen regelmässig überprüft und wenn nötig neue Ziele gesetzt werden.
7. Abschluss und Evaluation: Gemeinsam mit der Familie wird die Intervention ausgewertet. Nach einigen Monaten folgt eine Überprüfung der Nachhaltigkeit der Intervention (S. 21).

Die ersten vier Schritte lassen sich dem Diagnostikprozess, die letzten drei Schritte dem Interventionsprozess zuordnen (ebd.).

Ein Besuch bei der Familie wird vorgängig durchgeplant. Trotz des Plans ist es weiterhin möglich auf aktuelle Themen der Familie einzugehen. Die Fachperson ergründet die Stärken und Probleme innerhalb der Familie sowie die Risiko- und Schutzfaktoren bezüglich der Entwicklung der Kinder und gründet darauf ihr Handeln (S. 35). Die Interventionen sollen so geplant werden, dass sie «so kurz wie möglich und so intensiv wie nötig» (ebd.) sind. Durch diese soll die Familie so weit gestärkt werden, dass sie die anstehenden Aufgaben mithilfe ihrer Ressourcen und ihrer Umwelt bewältigen kann. Die Eltern werden in ihrer Rolle bestärkt, damit sie eigenständig die Familie führen können. Die SPF-Einsätze werden stets dokumentiert und evaluiert (ebd.).

Die Interventionen innerhalb der KOFA sind in Module eingeteilt, welche sich in Dauer, Tätigkeit und Themen unterscheiden: (Intensiv)Abklärung, 6-wöchiges Kurzprogramm oder 6-monatiges (oder längeres) Interventionsprogramm (S. 109). Die kürzeren Programme sind für Interventionen in Familien gedacht, welche hauptsächlich aufgrund von Erziehungsproblemen erfolgen (S. 33). Die längeren Interventionsprogramme eignen sich für Familien, welche in mehreren Bereichen Handlungsbedarf aufweisen. Dazu zählt Cassée beispielsweise auch Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil (S. 34).

Hinter der Methode KOFA verbirgt sich eine Reihe unterschiedlicher theoretischer Grundlagen. Es werden Bezüge zu Sozialisations-, Entwicklungs-, Bindungs-, Lern- und Handlungstheorien hergestellt (S. 39-95).

Handlungsleitlinien

Das Handeln innerhalb der KOFA orientiert sich an der Lebenswelt und dem Netzwerk der Familie sowie dem Empowerment. Es soll zudem transparent und partizipativ gestaltet sein (Cassée, 2019a, S. 30-32). Im Folgenden werden die genannten Begriffe kurz erläutert und in Bezug zur KOFA gesetzt.

Durch die Lebensweltorientierung wird es möglich, dass sich Fachpersonen der Sozialen Arbeit auf die unterschiedlichen Lebenswelten der Klientel einlassen können und diese im Mittelpunkt stehen. Zudem erschliesst die Lebensweltorientierung die Schutz- und Risikofaktoren

der Familie. Das Handeln der Klientel entsteht in ihrer Lebenswelt und findet auch darin ihre Begründung. Innerhalb dieses Rahmens ist es auch veränderbar. Während der Intervention wird der Blick auf die Netzwerke rund um die Familie erweitert und Ressourcen sowie Risiken werden berücksichtigt (S. 30-31).

Die KOFA orientiert sich an folgenden Begriffen aus dem Empowerment-Konzept:

- «Autonomie und Selbstbestimmung» der einzelnen Familienmitglieder respektieren und fördern,
- «Stärken, Fähigkeiten und Ressourcen im Fokus» haben und diese stärken,
- «Mitwirkungs- und Mitentscheidungsmöglichkeiten» in die Intervention einbauen und
- «Prozesse der Selbstgestaltung» zulassen (S. 31).

Bei der Umsetzung dieser Handlungsleitlinien sind Grenzen zu setzen, sollte es zu einer Selbst- oder Fremdgefährdung kommen. Auch stösst der Empowerment-Ansatz möglicherweise an seine Grenzen, wenn die Zusammenarbeit unfreiwillig, aufgrund einer behördlichen Anordnung zustande gekommen ist (S. 32).

Die Gestaltung des Prozesses soll gegenüber der Familie transparent sein. Auch ist die Partizipation der einzelnen Familienmitglieder, speziell der Kinder, innerhalb des Prozesses zu fördern (S. 32).

Weiter nennt Cassée, dass eine respektvolle, mehrseitig parteiische und professionelle Haltung als Ausgangslage für die Arbeit in der Familie gelten soll (S. 124-125).

Menschenbild

Der Mensch wird als eigener Gestalter seiner Entwicklung betrachtet. Es wird davon ausgegangen, dass Menschen jeweils ziel- und zukunftsorientiert handeln. Je älter eine Person ist, desto besser kann sie Entscheidungen bezüglich ihrer eigenen weiteren Entwicklung fällen (Cassée, 2019a, S. 48).

Konkrete Verfahren und Techniken der KOFA um die Erziehungsfähigkeit und die familiären Ressourcen zu stärken

Für die Bearbeitung der Fragestellung der vorliegenden Arbeit erachten die Autorinnen folgende vier Themen, welche Cassée (2019a) innerhalb der KOFA beschreibt, als bedeutsam: Aufgaben erleichtern / kurzfristige Entlastung, Aktivierung des sozialen Netzwerkes, neue Fähigkeiten erwerben und Erziehungsfähigkeit stärken. Diese werden nachfolgend dargestellt, mit einer elterlichen Depression in Verbindung gebracht und es wird aufgezeigt, wie sie zur Stärkung der Erziehungsfähigkeit und der familiären Ressourcen beitragen können.

Aufgaben erleichtern / kurzfristige Entlastung

Cassée (2019a) betont, dass eine Entlastung bei anstehenden sowie schwer bewältigbaren Aufgaben für die Familie zu Beginn der Arbeitsphase hilfreich sein kann. Die Entlastung teilt

Cassée in drei Kategorien ein: Die praktischen Hilfen, die materiellen Hilfen und die Arbeit an Stressoren im Alltag (S. 161).

Unter der *praktischen Hilfe* sind Aufgabenerleichterungen im Alltag zu verstehen. Beispielsweise Hilfe im Haushalt (einkaufen, abwaschen usw.), Organisation von einem Netzgespräch mit der Schule, finanzieller oder rechtlicher Hilfe (z.B. die Eltern zu einem Termin bei der Schuldenberatungsstelle begleiten). Wenn möglich sollen die Aufgaben zusammen mit einem Familienmitglied erledigt werden, damit die Familie nicht in eine Abhängigkeit oder Unmündigkeit gerät. Zudem kann die Fachperson bei der Aufgabenerledigung zugleich als Lernmodell dienen (S. 161). Unter praktischer Hilfe ordnet Cassée auch die gemeinsame Vorbereitung einer Aufgabe (Besprechung konkreter Schritte) sowie die Aufgabenklärung (welches Familienmitglied, welche Aufgaben übernimmt) ein. Weiter gehört die Aufgabendifferenzierung dazu, welche meint, dass ein Ziel in Teilaufgaben und Schritte unterteilt wird (S. 162).

Zu Beginn der Zusammenarbeit sind oft Anschaffungen oder Reparaturen fällig, wofür die Familie auf *materielle Hilfe* angewiesen ist. Cassée empfiehlt, dass die Institution der Familienbegleiterin oder des Familienbegleiters ein kleines Budget zur Verfügung stellt, wodurch die Familie in Notsituationen unterstützt werden kann. Beispielsweise können damit Nahrungsmittel, Schulmaterialien oder Windeln gekauft werden, wenn der Familie dafür ansonsten kurzfristig kein Geld zur Verfügung steht. Wichtig ist, dass die Eltern lernen, das verfügbare Geld einzuteilen. Zentrale Kriterien für solche Anschaffungen sind, dass dadurch die Entwicklung des Kindes gefördert oder dessen Sicherheit erhöht wird (S. 163).

Wie in Kapitel 3.5.1 ausgeführt wurde, können zahlreiche Stressoren das Familienleben belasten. Aus diesem Grund gehört auch die *Arbeit an Stressoren im Alltag* zu den kurzfristigen Entlastungen der Familie. Dies kann bedeuten, dass ein Stressor durch die Fachperson weggenommen oder begrenzt wird. Beispielsweise kann ein Kontakt zu einer Wohnungsvermittlungsorganisation hergestellt werden, mit der Perspektive einer grösseren Wohnung. Die Unterstützung im Umgang mit Stressoren kann den Familienalltag zusätzlich erleichtern (S. 164).

Die beschriebenen Aufgaben eignen sich, um ein Arbeitsbündnis zwischen der Fachperson und der Familie aufzubauen. Durch die Entlastung sollen die Familienmitglieder Kapazität erhalten, sich auf andere wichtige Aufgaben zu konzentrieren (S. 161).

Die Autorinnen gehen davon aus, dass in Familien mit einem an Depression erkrankten Elternteil viele alltägliche Anforderungen nicht bewältigt werden können. Dies folgern sie aufgrund der depressionsbedingten Antriebslosigkeit und der daraus resultierenden oder zusätzlichen Belastungen, von welchen auch die anderen Familienmitglieder betroffen sind. Aus diesem Grund eignen sich diese Interventionen, um gemeinsam mit der Familie in den Arbeitsprozess zu starten und die nötige Unterstützung zu bieten.

Aktivierung des sozialen Netzwerkes

Zur Aktivierung des sozialen Netzwerkes wird in der KOFA anhand einer Netzwerkkarte (vgl. Abb. 10) aufgezeichnet, welche Personen zum Netzwerk gehören und wie die Qualität sowie die Intensität der Beziehungen eingeschätzt wird (Darstellung durch die Nähe zur Hauptperson). Kennen sich Personen innerhalb des Netzwerkes, wird dies mit Linien verdeutlicht (Cassée, 2019b, S. 219).

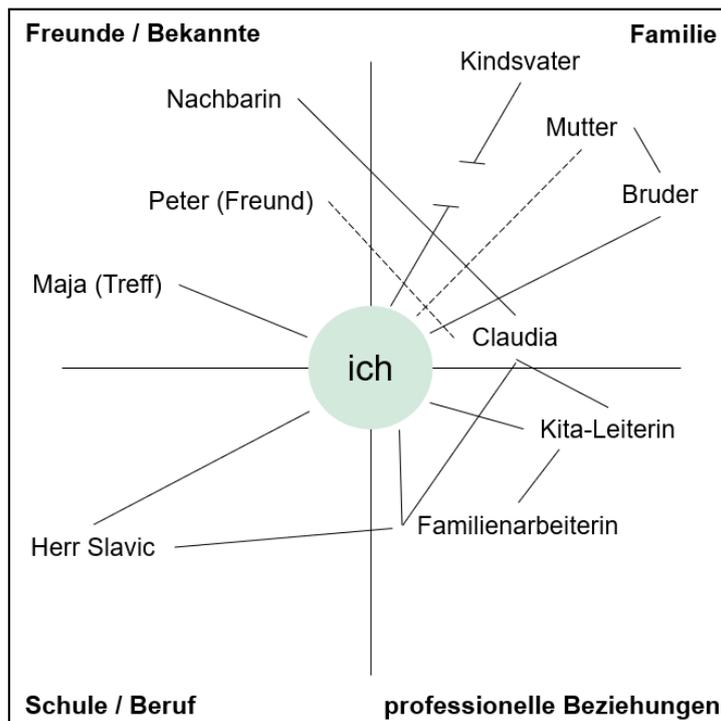


Abbildung 10. Beispiel einer Netzwerkkarte. Nach Cassée, 2019b, S. 219.

Ebenso wird gefragt, wie die Macht im Netzwerk verteilt ist und ob die Beziehungen als entwicklungsfördernd oder -behindernd eingeschätzt werden. Anschliessend wird die Form der Kommunikation (mündlich, schriftlich usw.), festgehalten, wie auch mögliche Konflikte, Störungen, Koalitionen und Isolationen. Zuletzt werden reale und potenzielle Schutz- und Risikofaktoren innerhalb der Beziehungen eruiert. Die Netzwerkkarte verdeutlicht, wo sich Ressourcen und Lücken befinden (Cassée, 2019a, S. 207-208).

Um Beziehungen im Netzwerk zu aktivieren, brauchen Familienmitglieder folgend aufgelistete Fähigkeiten. Die SPF-Fachperson kann den Familienmitgliedern beim Aufbau oder bei der Stärkung dieser Fähigkeiten Unterstützung bieten.

- Positive Gedanken gegenüber der eigenen Person. Negative Gedanken (z.B. Ich bin langweilig.), welche Kontaktschliessungen behindern können, sollen abgebaut werden (Cassée, 2019a, S. 209).

- Positive Gedanken sollen negative Gedanken gegenüber anderen Personen ersetzen (ebd.). (Z.B. Die Lehrerin möchte mich nicht schikanieren, sondern mir helfen.⁴)
- Klar zu kommunizieren hilft, Anliegen deutlich auszudrücken. Zudem soll beispielsweise verständnisvoll reagiert werden, wenn jemand keine Zeit für eine Hilfestellung hat (ebd.).
- Das Familienmitglied soll seine Gefühle angemessen steuern können. Treten dabei Schwierigkeiten auf, können Hilfsmittel wie ein Gefühlsthermometer (Gefühlsregungen in zunehmender Stärke) oder Erste-Hilfe-Karten auf welcher Verhaltensalternativen aufgeschrieben sind, hilfreich sein (S. 179, S. 209).
- Durch Gegenleistungen soll der Dank für die Hilfeleistung ausgedrückt werden (S. 209).

Bei Abschluss der Intervention ist darauf zu achten, dass das Netzwerk der Familie weiterhin tragfähig ist. Sofern es zu Konflikten kommt oder sich Lücken im Netzwerk eröffnen, sollen die Familienmitglieder im Stande sein, mit diesen Herausforderungen umzugehen (S. 212).

Da sich Familien mit einem an Depression erkrankten Elternteil häufig sozial isolieren (vgl. Kap. 3.2.1), ist es zentral, dass ihr soziales Netzwerk aktiviert wird, damit Ressourcen im Umfeld genutzt werden können. Dies kann durch die Wiederaufnahme alter Kontakte geschehen oder durch die Erschliessung neuer. Die Netzwerkkarte ist ein praktisches Instrument, um die vorhandenen sozialen Kontakte zu visualisieren. Zum einen wird der Fachperson ersichtlich, ob eine Isolation besteht und wo Handlungsbedarf angezeigt ist und zum anderen wird der Familie aufgezeigt, welche Ressourcen vorhanden sind, wären oder noch aktiviert werden müssen. Da Kinder von psychisch erkrankten Eltern das Bedürfnis haben mit einer Drittperson über das Erlebte zu sprechen und soziale Kontakte zu pflegen (vgl. Kap. 3.3.2) ist die Auflösung der Isolation für sie zentral.

Neue Fähigkeiten erwerben

Damit Familienmitglieder neue Fähigkeiten erlernen können, werden in der KOFA folgende vier Techniken eingesetzt, welche sich an das Modell (vgl. Abb. 11) nach Spanjaard und Haspels (2005) anlehnen und sich auch kombinieren lassen (Cassée, 2019a, S. 165). Die vier Techniken werden im Folgenden kurz erläutert:

Ein *Feedback* beschreibt und bewertet das Verhalten einer anderen Person. Wesentlich dabei ist, dass die Aussagen begründet werden und dass das positive Feedback nicht zu kurz kommt (S. 166-167).

⁴ Dieses Beispiel stammt von den Autorinnen.

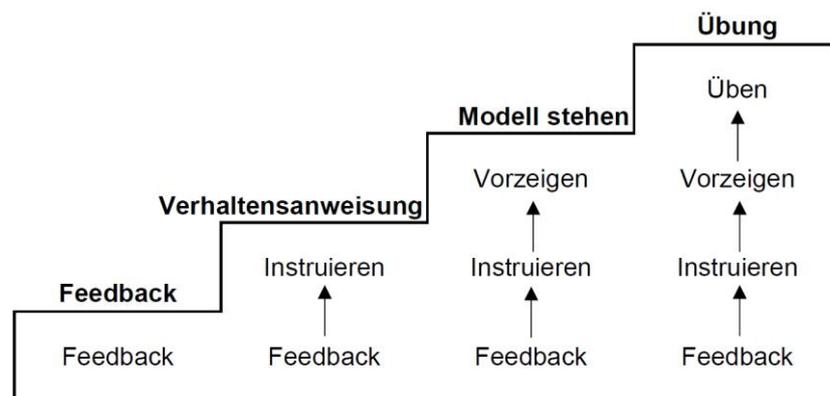


Abbildung 11. Techniken für das Erlernen von Fähigkeiten. Nach Spanjaard & Haspels, 2005, S. 116.

Mit der Technik «*Verhaltensanweisung*» beschreibt die Fachperson dem Familienmitglied, wie dessen erwünschtes Verhalten in einer bestimmten Situation aussehen könnte und welche Fähigkeiten es benötigt, damit die Aufgabe erfüllt werden kann (S. 167-168).

Beim *Modell stehen* zeigt die Fachperson oder eines der Familienmitglieder der angesprochenen Person erwünschtes Verhalten beispielsweise anhand eines Rollenspiels (S. 168-169).

In der Technik «*Verhaltensübung*» wird das Familienmitglied aufgefordert das notwendige und vorgezeigte Verhalten zu imitieren, wodurch dieses geübt wird (S. 169-170).

Diese Techniken eignen sich, um den an einer Depression erkrankten Elternteil zu bestärken, aber auch um ihm neue Fähigkeiten aufzuzeigen. Durch den stufenartigen Aufbau erhält der erkrankte Elternteil die Informationen stückweise, wodurch die Gefahr einer Überforderung vermindert wird. Durch die gering dosierten Feedbacks, Verhaltensanweisungen und -übungen können neue Verhaltensmuster jeweils zwischen den Terminen ausprobiert und schrittweise gefestigt werden (vgl. Kap. 4.2).

Erziehungsfähigkeit verbessern

Zur Bewältigung der Erziehungsaufgaben sollten Eltern gemäss Cassée (2019a) über die Basisfähigkeiten der präzisen Beobachtung und der kindergerechten Kommunikation verfügen (S. 190).

Die *Fähigkeit des Beobachtens* wird mit der Mutter oder dem Vater mithilfe der SRC-Kette geübt. Dabei werden Beobachtungen zu der Situation (S für Situation oder Stimulus), dem Verhalten des Kindes (R für response (engl.)) und den Folgen (C für consequence (engl.)) festgehalten und diskutiert. Videoaufnahmen von bestimmten Situationen können als Hilfsmittel für die Beschreibung der Beobachtung dienen (Cassée, 2019a, S. 190-191; Cassée, 2019b, S. 150).

Ziel der *Kommunikationsfähigkeit* ist, dass die Eltern mit dem Kind altersgemäss in Kontakt treten, den Kontakt aufrechterhalten und auf eine gute Weise beenden können. Die Fachperson kann hierfür mit den Eltern über die kindliche Entwicklung sprechen, wodurch sie ein

besseres Verständnis für die Bedürfnisse, Lern- und Entwicklungsthemen des jeweiligen Alters des Kindes erhalten. Der Kontakt zum Kind kann durch verbale wie auch nonverbale Zeichen (z.B. Berührung oder Ansprechen mit dem Namen) aufgenommen werden. Dabei soll auf eine dem Kind zugewandte Haltung und freundliche Ausstrahlung geachtet werden. Weiter ist zentral, dass auf die Äusserungen des Kindes eingegangen wird und Gefühle sowie Gedanken benannt werden. Diesbezüglich sollte auf eine altersgerechte Sprache geachtet werden, die dem Kind verständlich ist. Kommt es zur Beendigung des Kontaktes (z. B. weil man sich einer anderen Tätigkeit widmen muss) soll dies deutlich gemacht und allenfalls begründet werden. Zur Kommunikationsfähigkeit gehört ebenfalls das Zuhören. In Bezug auf diese Fähigkeit kann die Fachperson als Modell dienen. Zentral ist auch, dass die Eltern wissen, dass die Entwicklung des Kindes durch Zuhören gefördert wird (Cassée, 2019a, S. 192-194).

Die Autorinnen gehen davon aus, dass das Bearbeiten der Basisfähigkeiten ein zentrales Instrument in der Zusammenarbeit mit einem an einer Depression erkrankten Elternteil darstellt. Durch die Symptome einer Depression ist beispielsweise der Selbstwert gesenkt, was zur Auswirkung haben kann, dass sich der erkrankte Elternteil Fähigkeiten wie das Erkennen von Bedürfnissen der Kinder nicht (mehr) zutraut. Dies kann durch das Üben einer präzisen Beobachtung gestärkt werden. Die Förderung der Kommunikationsfähigkeit ist unter anderem hinsichtlich der kindergerechten Kommunikation über die Erkrankung und deren Auswirkungen zentral. Die Kinder benötigen einen Austausch innerhalb der Familie zur Krankheit, damit sie das elterliche Verhalten besser einordnen können (vgl. Kap. 3.3.2).

Cassée (2019a) stellt weiter drei Strategien vor, wie Eltern erzieherisch wirksam sein können (S. 197):

Um das *erwünschte Verhalten zu verstärken*, eignen sich die Fähigkeiten des Lobes und der Belohnung. Wird das Verhalten möglichst zeitnah gelobt, steigt die Wahrscheinlichkeit, dass das Kind dasselbe Verhalten wieder zeigen wird. Zudem bewirkt häufiges Lob die Entwicklung eines positiven Selbstbildes des Kindes und die Eltern-Kind-Beziehung wird dadurch gestärkt. Das Kind kann ausserdem neues Verhalten ausprobieren und lernen. Auch materielle (z.B. Süssigkeiten) und immaterielle (z.B. spätere Nachtruhe) Belohnungen verstärken erwünschtes Verhalten des Kindes. Lob soll mit Belohnung verbunden werden, was gewissermassen eine Erweiterung des Lobes ist. Belohnungen sollen mit der Weiterentwicklung von Fähigkeiten des Kindes verknüpft werden: Zuerst wird es für das gezeigte Verhalten belohnt, anschliessend soll es genügen, das Kind zu loben und nach einiger Zeit muss das Verhalten kaum mehr verstärkt werden (S. 198-199).

In gewissen Situationen ist es notwendig, dass *unerwünschtes Verhalten vermindert oder gestoppt* wird. Durch nicht reagieren, womit dem Kind keinerlei Aufmerksamkeit gegeben wird, kann störendes Verhalten gestoppt werden. Dies wirkt effektiver, wenn es mit Lob eines anderen, erwünschten Verhaltens kombiniert wird. Zeigt das Kind nicht tolerierbares Verhalten

(z.B. Wutanfall, Schlagen) soll dies möglichst direkt, ruhig und bestimmt gestoppt werden. Zugleich soll dem Kind ein Alternativverhalten angeboten werden. Wird das Alternativverhalten vom Kind gezeigt, soll dies unmittelbar gelobt werden. Zeigt das Kind weiterhin das unerwünschte Verhalten, soll nochmals, mit anderen Worten das Alternativverhalten angeboten werden. Zeigt auch dies keine Wirkung, folgen einige Minuten der Strafe, indem das Kind sich an einem vereinbarten Ort (z.B. separates Zimmer oder Treppe) ruhig aufhalten muss. Beim Zurückholen soll das Kind für sein ruhiges am Ort bleiben gelobt werden. Indem dem Kind geliebtes Spielzeug weggenommen wird oder angenehme Tätigkeiten unterbrochen werden, kann erwirkt werden, dass das unerwünschte Verhalten des Kindes minimiert wird (S. 199-202).

Neues Verhalten kann *stimuliert* werden, indem die Eltern dieses positiv und konkret formulieren. Es sollte sowohl für die Eltern wie auch für die Kinder realisierbar sein. Möglicherweise hat das Kind noch nicht alle Fähigkeiten, um das neue Verhalten zu zeigen und es muss zuerst mit ihm geübt werden (S. 196-197, S. 203).

Indem die oben genannten Verhaltensweisen mit den Eltern erprobt werden, kann ihr Erziehungsverhalten gestärkt werden. Ein depressiv erkrankter Elternteil wünscht sich oftmals Unterstützung in der Erziehung sowie die Anerkennung seiner Elternrolle (Kap. 3.3.1). Diese Techniken können hierbei einen Betrag leisten. Je nach Schwere der Depression wird die Umsetzung dieser Strategien unterschiedlich herausfordernd oder in einer akuten Episode gar unmöglich sein. Hier ist wiederum der Einbezug des sozialen Umfelds und vor allem des gesunden Elternteils angezeigt. In einer Phase, in der wenige oder keine Symptome auftreten, können die Strategien anhand der vorgestellten Technik für das Erlernen von neuen Fähigkeiten (vgl. Abb. 11) mit dem betroffenen Elternteil eingeübt werden. Diese Strategien sind unter anderem wichtig, da Lob, Anerkennung und konsequentes Verhalten für die Entwicklung eines Kindes zentral sind (vgl. Kap. 2.2).

Cassée (2019a) stellt zudem den Verhaltensvertrag vor, welcher Eltern mit ihren Kindern im Jugendalter eingehen können und das Verhalten der Beteiligten regelt. Dieser ist einerseits für die Eltern hilfreich, um mit den neuen Anforderungen im Jugendalter (z.B. aushandeln, absprechen) besser umgehen zu können und andererseits greift er die Vorstellungen und Wünsche der Jugendlichen gegenüber ihren Eltern auf. In einem ersten Schritt wird das Zielverhalten der Jugendlichen und anschliessend das der Eltern beschrieben. Weiter wird festgehalten, wie überprüft werden kann, ob die Ziele eingehalten wurden. Schlussendlich werden die positiven wie auch negativen Konsequenzen der Zielerreichung oder -verfehlung definiert (S. 203-204). Die Autorinnen gehen davon aus, dass diese Technik für Elternteile mit einer depressiven Erkrankung geeignet ist, da sie nicht immer wieder von neuem Regeln diskutieren oder aushandeln müssen, sondern dies durch den Vertrag für einige Zeit geregelt ist, wodurch sie ihre Kräfte schonen können.

4.3.2 Systemische Interaktionstherapie (SIT)

Aufgrund seiner Tätigkeit in einem Berliner Kinderheim entwickelte Michael Biene in den 1990er Jahren die SIT für die Arbeit in der Jugendhilfe. Das Ziel der SIT ist, die Interaktionsmuster innerhalb der Familie wie auch mit den Fachpersonen zu erfassen und dahingehend zu verändern, dass Eltern in ihren Kompetenzen gefördert und gestärkt werden (Biene, 2020, S. 188). Daraus ergeben sich folgende Hauptaufgaben: Die erste Aufgabe besteht darin, einen sicheren Beziehungs(wieder)aufbau und -erhalt der Eltern-Kinder-Beziehung zu fördern. Als zweite Aufgabe gilt es, die Eltern in der Erziehung ihrer Kinder zu stärken, damit die Kinder an sozialen und kulturellen Angeboten in ihrer Lebenswelt oder in institutionellen Umwelten teilhaben können (Euteneuer, Schwabe, Uhlendorff & Vust, 2020, S. 14).

Biene (2020) beschreibt die Zusammenarbeit der Eltern und Fachpersonen in der SIT als ein auf das elterliche «Erziehungsverhalten ausgerichtetes 'Elterncoaching'» (S. 194). Dabei spielen die Elterngruppentreffen, in denen sich die Eltern gegenseitig unterstützen und befähigen, wie auch Rollenspiele, um sich in das Gegenüber einfühlen zu können, eine wichtige Rolle (S. 195-196).

Handlungsleitlinien

Die Eltern wie auch die Familienbegleitenden sollen eine systemische Sichtweise einnehmen und sich auf die Situationen und deren Veränderbarkeit konzentrieren (Biene, 2020, S. 197). Biene, Pasluzscek und Schabe (2013) gehen davon aus, dass die Haltung des Familienbegleitenden entscheidend ist (S. 15). Wenn diese gegenüber einer Veränderbarkeit der Familienprobleme positiv und motivierend ist, wirkt sich dies motivierend und befähigend auf die Eltern aus. Zweifel gegenüber den Kompetenzen der Eltern wirken sich hingegen negativ respektive demotivierend und entmutigend aus. Die Familienbegleitenden sollen zudem eine offene Haltung gegenüber den Eltern einnehmen und ihnen die Wahl für die nächsten Schritte überlassen (Euteneuer et. al., 2020, S. 20- 21).

Biene (2014, S. 23-25) hat für die Arbeit mit dem SIT-Modell folgende Grundannahmen entwickelt:

- Den grössten Einfluss auf die Kinder haben deren Eltern. Diese sind zugleich wichtige Bezugspersonen.
- Je aktiver Eltern die Hilfen für ihr Kind gestalten, desto grösser ist die Wirkung und Nachhaltigkeit.
- Im Hilfeprozess soll die Aktivität der Eltern von Beginn an gefördert und beispielsweise nicht durch Rollenzuweisungen des Hilfesystems eingeschränkt werden.
- Die Mitverantwortung für die Aktivität der Eltern liegt bei den Fachpersonen des Hilfesystems.

- Im Blickfeld der Intervention sind nicht nur die Herkunftsfamilie, sondern auch die Beziehungsmuster zwischen der Familie und Sozialisationsinstitutionen wie beispielsweise die Schule.
- Die Fachpersonen der zuweisenden wie auch ausführenden Institutionen sollen gemeinsam, wie in einem Team arbeiten, damit die Intervention Wirkung zeigt.
- Flexible und entwicklungsfähige Konzepte sind hilfreich, um die vielfältigen Hilfsbedürfnisse der Familien wahrzunehmen und auf diese eingehen zu können.
- Einen wichtigen Einfluss auf das Verhalten der Kinder haben interfamiliäre Rollensicherheiten (z.B. Parentifizierung).
- Unklare Rollen von Seiten des Hilfesystems (z.B., wenn die Fachperson die Elternrolle einnimmt) verstärken Probleme innerhalb der Familie.
- Die Rollenaushandlung wie auch die klare Übernahme der Rolle als Fachpersonen sind wichtige Bestandteile der Intervention.
- Interaktionsmuster innerhalb des Hilfesystems sollen wertschätzend und lösungsorientiert sein, da diese ebenfalls einen Einfluss auf die Familie haben.
- Ein wichtiger Bestandteil der Intervention ist die Arbeit an der eigenen Haltung als Fachperson.
- Einer der bedeutendsten Entwicklungsanstösse ist der Umgang mit Niederlagen: sich selbst zu hinterfragen und weiterzuentwickeln, anstelle bei Drittpersonen die Gründe fürs Scheitern zu suchen.
- Die Aktivitäten innerhalb der Familie werden durch die Art und Weise, wie über Probleme gesprochen wird, beeinflusst.
- Die schnellsten und positivsten Veränderungen werden dadurch erwirkt, dass die Eltern an den familiären Alltagserfahrungen arbeiten.
- Unterstützt die Fachperson die Familie in der Rolle eines Coaches, ist dies für die Familie am hilfreichsten. (S. 23-25)

Menschenbild

Es wird davon ausgegangen, dass der Mensch, wenn er möchte, seine Probleme lösen kann (Euteneuer et. al., 2020, S. 20). Die Eltern werden als Expertinnen und Experten bezüglich der Erziehung ihrer Kinder angesehen (S. 22).

Konkrete Verfahren und Techniken der SIT um die Erziehungsfähigkeit und die familiären Ressourcen zu stärken

Der SIT-Ansatz besteht aus dem sogenannten «Drei-Phasen-Prozess». Dieser wird im Folgenden vorgestellt und es werden Bezüge zur Stärkung der Erziehungsfähigkeit wie auch der familiären Ressourcen hergestellt.

Das Ziel der ersten Phase, die Musterarbeit genannt wird, ist «Eltern zu ermöglichen, (wieder) aktiv zu werden» (Biene, 2014, S. 35). Dabei werden Interaktionsmuster bearbeitet, die sich unabsichtlich im Hilfesystem etabliert haben und welche eine «wirksame Hilfebeziehung» behindern (Euteneuer et al., 2020, S. 92). Es werden dazu folgende Muster genannt: Kampfmuster, Abgabemuster und Muster der Scheinkooperation (Biene, 2014, S. 38-39; Euteneuer et al., 2020, S. 91). Das Ziel ist, dass sowohl Klientel als auch Fachpersonen aus dem erwünschten Kooperationsmuster heraus handeln. Sind zu Beginn der Zusammenarbeit andere Muster vordergründig, werden diese als Erstes bearbeitet. Erst wenn das Kooperationsmuster auf beiden Seiten erreicht wurde, werden gründlichere Erhebungen der Probleme vorgenommen (Biene, 2014, S. 35).

Auch die Fachperson kann sich in einem der behindernden Muster befinden. Es ist zentral, dass sie aus dem Kooperationsmuster kommuniziert, da dies hilft, den Wechsel des Musters seitens der Klientel zu erwirken (Biene, 2014, S. 43-44). Im Folgenden werden die unterschiedlichen Muster kurz erläutert und beschrieben, welche Techniken angewendet werden können, um den Wechsel der Klientel ins Kooperationsmuster zu ermöglichen.

Das *Kampfmuster* zeigt sich durch die Abwehr des Hilfesystems, da die von Drittpersonen definierten Probleme aus familiärer Sicht als unproblematisch wahrgenommen werden (Biene, 2014, S. 40-43; Euteneuer et al., 2020, S. 91). Damit vom Kampfmuster ins Kooperationsmuster gewechselt werden kann, ist eine nüchterne und klare Kommunikation der Fachperson hilfreich. Sie soll der Familie offen und sachlich mitteilen, welche Folgen es haben kann, wenn beobachtbare Muster nicht geändert werden (z.B. Meldung an die KESB). Anschliessend sollen die Eltern transparente Optionen erhalten, wodurch sie sich entscheiden können, wie sie sich künftig verhalten wollen (Biene, 2014, S. 50). Die Kommunikation erfolgt ohne Moralisation oder Überzeugenwollen, sondern beruht auf sachlichen Fakten. Gemäss Biene sind damit die Chancen erhöht, dass die Familie vom Kampf- zum Kooperationsmuster wechselt (ebd.).

Weiter beschreibt Biene (2014) einige hilfreiche Vorgehens- und Verhaltensweisen, um den Wechsel vom Kampf- ins Kooperationsmuster zu erleichtern (S. 50-53):

- Das Angebot und die eigene Person vorstellen und dabei einen Bezug zur genannten Problematik herstellen.
- Anstatt die Eltern motivierend für die Zusammenarbeit gewinnen zu wollen, sollte eine verständnisorientierte Grundhaltung eingenommen werden.
- Die Allparteilichkeit gegenüber involvierten Personen und Institutionen ist stets zu wahren.
- Es soll über nichts gesprochen werden, worüber die Klientel nicht sprechen möchte. Bei einer ablehnenden Reaktion auf ein bestimmtes Thema kann die Fachperson bei der Klientin oder dem Klienten nachfragen, ob sie diesbezüglich fehlerhaft reagiert hat.

- Anerkennen, wenn die Klientel keine eigenen Anliegen hat, da ein Termin verfügt wurde.
- Eine häufige Wiederholung der Art des Angebots kann hilfreich sein, da diese Art von Angebot für die Eltern oft neu ist und sie dadurch Zeit brauchen, um sich die entsprechende Hilfe erst vorstellen zu können (S. 50-53).

Beim *Abgabemuster* werden die Probleme auf Drittpersonen geschoben, beispielsweise werden die Kinder als Problemträger angesehen. Die Eltern hoffen auf eine Fachperson, die eine Veränderung im Verhalten ihrer Kinder bewirken kann (Biene, 2014, S. 55). Um vom Abgabemuster ins Kooperationsmuster wechseln zu können, sind folgende Haltungen oder Techniken hilfreich: Zu Beginn der Musterarbeit ist es zielführend nur kurz nach den Hauptproblemen zu fragen, damit sich das Abgabemuster nicht zusätzlich verfestigt. Weiter sollen die Gründe fürs Abgeben der Probleme erforscht werden, damit diese für die Fachperson nachvollziehbar sind. Als nächster Schritt soll der bisherige Interpretationsrahmen erkannt und relativiert werden (S. 63-64). Dies kann beispielsweise durch eine hypothetisch formulierte Frage geschehen: «Angenommen, nicht ihr Kind ist so schwierig, sondern der bisherige Weg war falsch – es gibt niemanden, der ihrem Kind beibringen kann, die Eltern ernst zu nehmen?» (S. 65). Die dadurch entstehende Hoffnungs- und Ratlosigkeit der Eltern soll ausgehalten, jedoch auch durch die bestehende Arbeitsbeziehung getragen werden. Die Fachperson soll gemeinsam mit den Eltern Ziele benennen, wie das erwünschte Verhalten des Kindes aussehen soll. Sie kann vorsichtig auf neue Wege hindeuten, um das bestehende Problem zu lösen. Diese Lösungswege sollten nicht zu schnell vorgeschlagen werden, damit die Eltern die Möglichkeit haben, das Abgabemuster abzulegen (S. 65-66).

Beim dritten Muster, der *Scheinkooperation* arbeitet die Familie vordergründig mit der Fachperson zusammen, hofft jedoch insgeheim, dass diese oberflächliche Art von Kooperation genügend ist. Das Muster der Scheinkooperation tritt immer im Zusammenhang mit dem Kampf- oder Abgabemuster auf, da es eine verdeckte Form davon ist (Euteneuer et al., 2020, S. 91).

Die Autorinnen sind der Ansicht, dass sich ein Elternteil mit einer depressiven Erkrankung zu Beginn einer SPF in allen Mustern befinden kann. So ist es möglich, dass die Hilfe angeordnet wurde und dem betroffenen Elternteil die Einsicht für die Unterstützung fehlt (Kampfmuster). Bedingt durch das oftmals verminderte Selbstwertgefühl wie auch die negativen oder pessimistischen Zukunftsperspektiven (vgl. Kap. 3.1.1), schätzt sich der erkrankte Elternteil teilweise als nicht genügend kompetent ein, um sein Kind zu erziehen. Insofern der Elternteil diesbezüglich auf ein Eingreifen der Fachperson hofft, liegt ein Abgabemuster vor. Durch Antriebslosigkeit könnte sich auch ein Muster der Scheinkooperation einstellen, da die Kraft und der Wille fehlen könnten, um an möglichen Problemen zu arbeiten. Schlussendlich können sich die Autorinnen aber auch gut vorstellen, dass sich der Elternteil kooperativ zeigt, da er

das Bedürfnis nach Unterstützung in der Erziehungsfähigkeit hat (vgl. Kap. 3.3.1) und deshalb motiviert ist, die gebotene Unterstützung anzunehmen.

Nach der Musterarbeit erfolgt in einem zweiten Schritt die Problemtrancearbeit. Die SIT versteht unter Problemtrancen «innere Denk- und Erlebensweisen (. . .), die in Bezug auf das Kind oder auf sich selbst dazu führen, dass Lösungen nicht oder kaum mehr denkbar sind» (Biene, 2014, S. 78). Die Haupttätigkeiten der Fachperson während dieser Phase sind restriktive Gedanken sowie innere dominierende Bilder zu diagnostizieren und die Klientel im Gespräch durch Anbieten von neuen Denkweisen, Denkbegriffen und Bildern aus der Trance zum lösungsorientierten Denken und Erleben zu führen (S. 79). Biene beschreibt fünf Stufen von Problemtrancen, welche fortlaufend bearbeitet werden, mit dem Ziel Stufe fünf zu erreichen (S. 82). Die Stufen werden folgend kurz erläutert und beschrieben, wie zur nächsthöheren Stufe gelangt werden kann:

1. Generalisierte Problemtrance: Eine Fokussierung auf ein Problem, welches angegangen werden soll, ist nicht möglich, da mehrere schwere Probleme miteinander kombi-nativ verbunden werden. Die Fachperson soll die Klientel dahingehend unterstützen, dass eine Fokussierung auf einen Problembereich gerichtet werden kann.
2. Negative Persönlichkeitsbeschreibung beziehungsweise Erklärungsmodelle: Die Klientel begründet das Problem anhand von negativen Wesensmerkmalen (z.B. Ich bin eine schlechte Mutter.⁵). Anstelle dieser Erklärungsmodelle sind konkrete Problembe-schreibungen erwünscht. Die Fachperson erfragt einzelne Verhaltensbereiche mit dem Ziel, weg von den pauschalen Erklärungsmodellen auf die Ebene des beobachtbaren Verhaltens zu gelangen.
3. Generalisiertes negatives Verhalten: Die Klientel neigt zur Generalisierung von nega-tivem Verhalten (z.B. Meine Kinder hören nie auf mich.⁵). Das Ziel soll sein, konkrete Situationen ohne quantitative Bewertung beschreiben zu können. Indem nach genauen quantitativen und qualitativen Beschreibungen des Verhaltens gefragt wird, kann die-ses Ziel erreicht werden.
4. Neutrale Verhaltensbeschreibung: Das problematische Verhalten wird neutral be-schrieben (z.B. Mein Sohn hat mir heute Morgen nicht gehorcht.⁵). Daraus wird das Ziel, welches ein positives Gegenbild der neutralen Verhaltensbeschreibung darstellen soll, abgeleitet. Dies kann beispielsweise durch die Frage «Was soll stattdessen sein?» ermittelt werden.
5. Positives Gegenbild: Möglicherweise wird beim Ziel nur das wünschenswerte Verhal-ten des Kindes beschrieben. In der Zielformulierung sollen die Reaktionen und das

⁵ Dieses Beispiel stammt von den Autorinnen, um den Bezug zur Depression herzustellen.

Verhalten der Eltern miteingebaut werden, die eine Verhaltensänderung des Kindes ermöglichen. (S. 84-85)

Damit sich die Eltern verstanden fühlen, soll die Fachperson an deren Problembeschreibung anknüpfen. Durch das Einbinden kleiner Unterschiede (vgl. Punkt 1 bis 5), können die Eltern auf die nächste Ebene geführt werden (Euteneuer et al., 2020, S. 26). Die Fachperson geht bei der Problemtrancearbeit davon aus, dass den Eltern die nötigen Selbstkonzepte fehlen und sie sich deshalb bestimmte Kompetenzen (z.B. Durchsetzungsvermögen gegenüber dem Kind) nicht zutrauen. Damit solch innere Bilder verändert werden können, ist das gute Zureden der Fachperson nicht ausreichend, selbst wenn sie von der Existenz elterlicher Kompetenzen überzeugt ist. Bildliche Vorstellungen von gelungenen Eltern-Kind-Interaktionen hingegen helfen, das innere Bild zu verändern (S. 26-27). Euteneuer et al. schreiben, dass sich dazu die Frage nach Ausnahmen gemäss Steve de Shazer eignet (S. 27). (Z.B. Wann war es in letzter Zeit schon mal so, dass Ihre Kinder auf Sie gehört und Sie sich in Ihrer Mutterrolle kompetent gefühlt haben?⁶). Die Vorstellung einer geglückten Interaktion kann Schritte Richtung Veränderung des inneren Bildes auslösen (ebd.).

Die Autorinnen gehen davon aus, dass sich ein Elternteil, welcher an einer Depression leidet, aufgrund der Symptomatik (vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen, Schuldgefühle usw.) in einer Problemtrance befinden kann. Zudem können sich Probleme während einer depressiven Episode häufen (vgl. Kap. 3.4). Die beschriebenen Techniken helfen dem Betroffenen, sich auf ein bestimmtes Ziel, beispielsweise die Stärkung seiner Erziehungsfähigkeit, zu fokussieren. Durch die Bearbeitung der fünf Stufen der Problemtrance verändert sich die Sichtweise des erkrankten Elternteils auf die Probleme. Zudem wird er in seinem Selbstvertrauen gestärkt, das eigene Kind entwicklungsfördernd erziehen zu können.

Die letzte Stufe des Drei-Phasen-Prozesses sind die Interaktionsinterventionen. In dieser Phase sollen Interaktionssequenzen, welche immer wieder Probleme hervorrufen oder stabilisieren, identifiziert werden. Zudem sollen die Eltern lernen, wie sie neue Interaktionsmuster etablieren können, die das erwünschte Verhalten ihrer Kinder fördern und unterstützen. Die SIT beschreibt dazu drei unterschiedliche Techniken: Hypnotalk, Rollenspiele und verabredete Rückmeldungen (Euteneuer, 2020, S. 94). Die genannten Techniken werden kurz vorgestellt:

Hypnotalk meint eine bestimmte Art und Weise des Sprechens. Wendet die Fachperson Hypnotalk an, so entwickelt sie «zirkuläre Zusammenhänge auf eine suggestive und zugleich plausible Art und Weise» (S. 28). Für die Klientel sollen daraus wichtige Zusammenhänge entstehen und an die Stelle von einzelnen, zusammenhangslosen Bruchstücken treten. Personen, Zeiten und / oder Kommunikationen werden dabei miteinander verbunden (ebd.). Die Fachperson könnte den Hypnotalk beispielsweise wie folgt anwenden: «Sie haben ein Morgentief

⁶ Dieses Beispiel stammt von den Autorinnen, um den Bezug zur Depression herzustellen.

und können nicht aufstehen, um das Frühstück für Ihren Sohn vorzubereiten. Ihr Sohn denkt, dass dies die Strafe dafür ist, dass er Ihnen am Tag zuvor nicht gehorcht hat. Sie merken einige Stunden später, dass Ihr Sohn niedergeschlagen ist und denken, dass er sich so verhält, weil er glaubt, dass Sie keine gute Mutter sind. Diese Gedanken stimmen Sie traurig. Ihr Sohn nimmt diese Traurigkeit wahr, was in ihm wiederum das Gefühl auslöst, er könne nichts recht machen.»⁷ Damit diese Zusammenhänge bearbeitet und aufgelöst werden können, müssen sie von der Klientel zuerst verstanden werden (ebd.).

Die Technik des *Rollenspiels* sollte sich gemäss Euteneuer (2020) aus einer Gesprächssituation oder aufgrund einer Anfrage eines Elternteils ergeben («Ich will das hinbekommen, aber ich weiss noch nicht wie. Können Sie mich dabei unterstützen?») (S. 30). Die Fachperson indiziert das Rollenspiel einer problembehafteten Situation des Alltags, damit sie die Situation besser verstehen kann. Zu Beginn nimmt die Fachperson die Rolle des Kindes ein. Dadurch sollen die Emotionen des Kindes in den entsprechenden Situationen besser nachempfunden werden. Anschliessend wird im SPF-Team, ohne Beisein der Eltern, das Interaktionsmuster, das dahinter liegen könnte, analysiert. Es werden Ideen gesammelt, wie eine wirkungsvolle Intervention aussehen könnte. Als nächster Schritt erfolgt eine zweite Runde des Rollenspiels mit den Eltern. Dieses Mal schlüpft ein Elternteil in die Rolle des Kindes. Hat er sich in dieser Rolle eingefunden, werden die Interventionsideen im Rollenspiel ausprobiert. Diesmal nimmt die Fachperson die Rolle der Mutter oder des Vaters ein. Im Anschluss wird mit dem Elternteil in der Rolle der Tochter oder des Sohnes eine Auswertung der Intervention gemacht. Nur wenn diese Auswertung positiv ausfällt, bietet sie sich als neue Handlungsmöglichkeit für die Eltern an. Treten diesbezüglich jedoch Einwände auf, sollen diese angehört und hinterfragt werden. Die Eltern erhalten dadurch die Möglichkeit, die neuen Handlungsmöglichkeiten zu überprüfen. In einem weiteren Rollenspiel können die Eltern die neuen Handlungsmöglichkeiten üben (S. 30-31).

Als weitere Technik bietet die SIT «*verabredete Rückmeldungen*» an. Gemäss dem Konzept der SIT sollen Rückmeldungen (Lob und Kritik) nicht spontan geschehen. Vielmehr soll mit dem Elternteil vereinbart werden, zu welchem Thema er eine Rückmeldung wünscht. Die Rückmeldung hat einerseits die Funktion, den Elternteil an etwas zu erinnern, das er in einer bestimmten Situation tun wollte und andererseits ihn für eine erfolgte Tätigkeit zu loben, die er ohne Rückmeldung womöglich nicht erkannt hätte. Bevor eine Rückmeldung erteilt wird, soll der Elternteil nach dem Einverständnis gefragt werden, damit geklärt werden kann, ob er für die Rückmeldung bereit ist. In manchen Fällen lehnt der Elternteil die Rückmeldung ab, da sie ihn überfordern würde oder aber er ahnt bereits, was die Fachperson ihm mitteilen will (Euteneuer et al., 2020, S. 168-169).

⁷ Dieses Beispiel stammt von den Autorinnen, um den Bezug zur Depression herzustellen.

Betreffen die Rückmeldungen Verhaltensweisen, die mit einer Kindeswohlgefährdung verbunden sind, so sind diese nicht der Technik der vereinbarten Rückmeldung unterzuordnen und sollen sofort und verständlich erfolgen (S. 170).

Die Autorinnen sind der Ansicht, dass die vorgestellten Techniken auch in der Zusammenarbeit mit einem Elternteil, der an einer depressiven Erkrankung leidet, angewendet werden können. Mit dem Hypnotalk beispielsweise können Zusammenhänge zwischen den Auswirkungen der Symptome einer Depression und dem Verhalten des Kindes hergestellt werden. Die Autorinnen rechnen damit, dass durch das Aufzeigen der Zusammenhänge das Problemverhalten greifbarer wird und es für die erkrankte Person nicht mehr unmöglich scheint, eine Verhaltensveränderung herbeizuführen. Durch die Technik der Rollenspiele kann die erkrankte Person neue Verhaltensweisen ausprobieren, was ihr Selbstvertrauen stärkt. Da der erkrankte Elternteil mitteilen kann, zu welchem Zeitpunkt es ihm zu viel wird und wann er für eine Rückmeldung aufnahmefähig ist, gehen die Autorinnen davon aus, dass sich die Technik der vereinbarten Rückmeldungen besonders in der Zusammenarbeit mit Elternteilen mit einer depressiven Erkrankung eignet. Auch Lob wirkt sich positiv aus und stärkt das Selbstvertrauen der erkrankten Person in der Erziehung ihres Kindes.

4.3.3 Hometreatment

Hometreatment wurde in den 1960er-Jahren entwickelt (Eberitzsch, 2016, S. 172) und stellt eine Alternative zur stationären Behandlung einer psychischen Krankheit dar, da sie bei der Patientin oder dem Patienten zu Hause stattfindet (Hepp & Stulz, 2017, S. 983). Die Behandlung wird durch ein multiprofessionelles Team durchgeführt, welches ununterbrochen verfügbar ist. Die Dauer der Behandlung orientiert sich an den Richtwerten einer stationären Behandlung. Durch das Hometreatment sollen Behandlungstage im stationären Setting reduziert werden (ebd.). Die Autorinnen stellten fest, dass kaum Literatur zum Hometreatment welches im Rahmen des SPF durchgeführt wird, vorhanden ist. Johnson, Totman und Hobbs erläutern, dass das Hometreatment bisher kaum theoretisch, sondern vielmehr praktisch fundiert ist (zitiert nach Hepp & Stulz, 2017, S. 984). Insofern unterscheidet sich diese Methode im Vergleich zu der KOFA oder der SIT, bei welchen deutlich mehr Fachliteratur vorliegt. Hometreatment innerhalb der SPF wird in den Kantonen Solothurn und Aargau praktiziert (Eberitzsch, 2016, S. 172). Da das Angebot im Kanton Aargau ausgebaut ist und Literatur vorliegt, werden sich die Autorinnen in den folgenden Ausführungen auf die Organisation Hometreatment Aargau (HotA) beziehen.

Die Betreuung von Familien durch HotA geschieht ergänzend zu der psychiatrischen Behandlung (Hometreatment Aargau [HotA], 2017, S. 5). Die Eltern sollen gestärkt werden, damit es ihnen wieder möglich ist, die Verantwortung für ihre Kinder zu übernehmen. Zudem soll der

elterliche Handlungsspielraum erweitert werden und die Eltern sollen Sicherheit in Alltagsfragen gewinnen (HotA, n.d., S. 2).

Das Team setzt sich aus Fachpersonen der Psychiatrie und Psychologie, Sozialarbeitenden, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen sowie klinischen Heilpädagoginnen und Heilpädagogen zusammen (HotA, 2017, S. 3). Die Dauer der Intervention beträgt zwischen sechs bis maximal 18 Monaten (Bundesamt für Gesundheit [BAG], 2018, S. 10).

Handlungsleitlinien

Ein zentraler Aspekt von HotA (2017) ist die Haltung der Fachpersonen. Diese soll durch Werteneutralität, situationsbedingte methodische Flexibilität, Ressourcen-, Lösungs- und Resilienzorientierung gekennzeichnet sein (S. 7). Durch die Ressourcenorientierung wie auch der empathisch-wertschätzenden und klientenzentrierten Grundhaltung ist eine nachhaltige Intervention in der Familie möglich (ebd.). Da Fachpersonen aus unterschiedlichen Disziplinen zusammenarbeiten, gilt die Offenheit für andere Fachbereiche als wichtige Voraussetzung (BAG, 2018, S. 12).

Menschenbild

Die Fachpersonen von HotA begegnen den Familien mit einer wertschätzenden Haltung und anerkennen ihre Biografien. Die Arbeit soll geprägt sein von Ermutigungen die anstehenden Aufgaben zu lösen sowie vom Vertrauen in eine positive Veränderung. Anspannungen und Konflikte werden als Teil des Veränderungsprozess anerkannt und von den Mitarbeitenden mitgetragen. Die Selbstbestimmung der Familie wird respektiert und Begegnungen sollen stets auf Augenhöhe stattfinden (HotA, 2017, S. 13).

Konkrete Verfahren und Techniken von HotA um die Erziehungsfähigkeit und die familiären Ressourcen zu stärken

Wie bereits erwähnt, verfügt HotA über eine interdisziplinäre und interprofessionelle Teamstruktur (HotA, 2017, S. 3). Dies wird auch bei den angewendeten Methoden und Techniken sichtbar. Folgende kommen zum Einsatz:

- Systemisch-lösungsorientierte Beratung
- Marte-Meo-Methodik (Video)
- Verhaltenstherapeutische Interventionen
- Konfrontative Pädagogik
- Psychotherapeutische Techniken
- Familientherapeutische Techniken
- Psychoedukation
- Heilpädagogische Interventionen (Krüger & Zobrist, 2015, S. 4)

Die Fachperson wählt die Methoden aufgrund ihrer eigenen Ressourcen und der Bedürfnisse der Familie (HotA, 2017, S. 7). In der vorliegenden Literatur zu HotA werden die angewendeten Verfahren und Techniken nicht ausgeführt. Im Konzept von HotA (2017) werden lediglich einige Vorgehensweisen, je nach Problemkonstellation der Familie, beschrieben (S. 7). Aus diesem Grund schildern die Autorinnen im Folgenden, welche Vorgehensweisen HotA im Umgang mit Elternteilen, die an einer Depression leiden, empfiehlt. Dabei unterscheidet HotA zwischen einer postpartalen Depression und einer regulären depressiven Erkrankung. In Kapitel 3.1.8 wurde ausgeführt, dass auch Väter von einer postpartalen Depression betroffen sein können, weshalb folgend geschildert wird, welche Themen bei einer Depression kurz nach der Geburt für die Eltern zentral sind und worauf der Fokus bei Familien mit älteren Kindern gelegt werden soll.

Depressive Erkrankung nach der Geburt eines Kindes: Nach einer depressiven Episode herrschen oft Unsicherheiten bezüglich der Rolleneinnahme als Mutter oder Vater. Der erkrankte Elternteil beschäftigt sich mit der Frage, ob und inwiefern die Krankheitsepisode die Entwicklung des Kindes negativ beeinflusst hat. Meist ist er nicht in der Lage, die Bedürfnisse und das Verhalten des Kindes objektiv einschätzen zu können. Aus diesen Gründen legt HotA den Fokus auf Inputs zur Entwicklung des Kindes und gibt Unterstützung bei deren Beobachtung. Zudem kann der erkrankte Elternteil durch aufmunternde Feedbacks zum elterlichen Verhalten und Unterstützung bei der Ausübung elterlicher Kompetenzen gefördert werden. Dies hilft dem erkrankten Elternteil, sich selbst realistischer reflektieren zu können, und Sicherheit im Umgang mit dem Kind zu gewinnen (HotA, 2017, S. 8).

Die Autorinnen gehen davon aus, dass durch die beschriebenen Vorgehensweisen depressiv erkrankte Elternteile in ihrer Elternrolle gestärkt werden, da auf ihre individuellen Bedürfnisse eingegangen wird. Der Bindungsaufbau ist im Säuglingsalter besonders bedeutsam (vgl. Kap. 2.5). Durch die Anleitung in der Beobachtung des Säuglings sowie im Umgang mit diesem wird die Bindung zwischen Kind und Elternteil gefördert. Aus diesem Grund stufen die Autorinnen die Intervention als besonders entwicklungsfördernd ein.

Bei Eltern mit älteren Kindern werden häufig Verfahren und Techniken angewendet, die sich auf eine positive Interaktion fokussieren, einen Perspektivenwechsel ermöglichen oder Gefühle der Familienmitglieder thematisieren. Schwierige Situationen können dadurch, dass die Arbeit bei der Familie zu Hause stattfindet, besser erfasst und bearbeitet werden. Dies ermöglicht dem erkrankten Elternteil zudem rascher wieder auf seine Ressourcen zurückgreifen zu können. Die wertschätzende Haltung wie auch die Ressourcenfokussierung unterstützen den Förderungsprozess (HotA, 2017, S. 8-9).

Durch die Fokussierung auf die Stärken und Ressourcen des erkrankten Elternteils kann nach Ansicht der Autorinnen dessen Selbstwert gefördert werden. Da die Gefühle sämtlicher Familienmitglieder thematisiert werden, ist die ganze Familie im Blick der Intervention, was die

familiären Ressourcen fördert und somit zu einer konstruktiven familiären Krankheitsbewältigung beiträgt.

4.3.4 Methodenunspezifische Vorgehensweisen

Folgend werden weitere Vorgehensweisen kurz dargestellt, die sich keiner der erläuterten Methoden zuordnen lassen. Die Autorinnen gehen jedoch davon aus, dass diese weitere Möglichkeiten bieten, die Erziehungsfähigkeit sowie die familiären Ressourcen zu stärken. Weiter sind die Autorinnen der Ansicht, dass diese Verfahren und Techniken bei Bedarf in der SPF angewendet werden können. Zuerst werden Vorgehensweisen beschrieben, welche den familiären Zusammenhalt stärken und die Familie unterstützen. Anschliessend wird erläutert, wie Kinder gezielt in ihrer Entwicklung gefördert werden können und die Thematik «Schuldgefühle von Jugendlichen» wird aufgegriffen. Abschliessend folgen kurze Ausführungen zu Programmen für Angehörige wie auch für erkrankte Elternteile.

Gemeinsame Aktivitäten

Gemeinsame familiäre Aktivitäten, wie beispielsweise kochen oder ein Zoobesuch verstärken das Gefühl der emotionalen Verbundenheit innerhalb der Familie, da die Depression des betroffenen Elternteils nicht im Mittelpunkt der Aktivität steht. Zudem erlauben diese Erlebnisse die Entwicklung von neuen Fähigkeiten und das Erleben von neuen und unterschiedlichen Beziehungen untereinander (Müller, 2008, S. 149). Die Fachperson kann mögliche Unternehmungen gemeinsam mit der Familie besprechen und planen. Die Aktivitäten tragen zum konstruktiven emotionsbezogenen elterlichen Coping (vgl. Kap. 3.5.1) bei und somit zu einer konstruktiven familiären Krankheitsbewältigung.

Krisenplan

Die Fachperson kann die Eltern dazu ermutigen oder ihnen helfen, einen Krisenplan mit ihrem Kind zu erstellen. Darin wird festgehalten, bei wem das Kind Hilfe und Sicherheit findet, wenn eine akute Krankheitsphase des erkrankten Elternteils oder eine familiäre Krisensituation auftritt. Bei der Wahl der Vertrauensperson ist die Mitbestimmung des Kindes wichtig, damit eine Person ausgewählt wird, die dem Kind entspricht. Im Krisenplan wird zudem festgelegt, welche Unterstützungsleistungen die Vertrauensperson leistet und welchen zeitlichen Umfang diese umfassen. Zudem wird vereinbart, wie das Kind im Ernstfall Kontakt zur Vertrauensperson herstellen kann. Durch die Vereinbarung eines Krisenplans wird das Selbstwertgefühl des Kindes gestärkt, da es erlebt, dass es durch eigene Aktivitäten etwas erreichen und verändern kann. Ausserdem entlastet die Erstellung eines Krisenplans den erkrankten Elternteil von den Schuldgefühlen und Sorgen bezüglich der Betreuung seines Kindes (Lenz & Brockmann, 2013, S. 106).

Stärkung der Resilienz

Wie in Kapitel 3.5.2 ersichtlich wurde, ist die Förderung der Resilienz der einzelnen Familienmitglieder sinnvoll, um auftretende Belastungen bewältigen zu können. Resilienz mindert das Risiko, selbst an einer psychischen Störung zu erkranken. Im Folgenden wird erläutert, wie die Resilienz von Kindern gestärkt werden kann.

- Indem die Eltern feinfühlig auf die Bedürfnisse ihrer Kinder eingehen, kann Nähe und Sicherheit hergestellt werden (Lenz & Brockmann, 2013, S. 77). In den Ausführungen zu HotA wurde erläutert, wie dies bei Eltern mit einer depressiven Erkrankung gefördert werden kann, nämlich durch Informationen bezüglich der Entwicklung des Kindes, aufmunternde Rückmeldungen wie auch durch die Unterstützung bei der Ausübung der elterlichen Kompetenzen (vgl. Kap. 4.3.3).
- Indem die Eltern ihren Kindern Lob und Anerkennung entgegenbringen, können sie die Resilienz ihrer Kinder fördern (Lenz & Brockmann, 2013, S. 83). Wie die SPF die Eltern diesbezüglich anleiten kann, wurde im Rahmen der KOFA ausgeführt (vgl. Kap. 4.3.1).
- Um das Kind bei der Bewältigung seiner Probleme zu unterstützen, werden folgende sechs Schritte vorgeschlagen:
 1. Das Problem soll vom Kind beschrieben werden.
 2. Anschliessend sollen mögliche Lösungen dafür gesucht werden.
 3. Weiter soll nachgedacht werden, welche Konsequenzen daraus entstehen könnten.
 4. Nun soll das Kind eine Lösung für das Problem auswählen. Dieser Prozess wird durch den vorangegangenen Schritt erleichtert.
 5. Nun gilt es, diese Lösung umzusetzen.
 6. Zum Schluss soll kontrolliert werden, ob die Lösung funktioniert hat und wie sich das Kind dabei gefühlt hat. (Lenz & Brockmann, 2013, S. 98-99)

Den Autorinnen der vorliegenden Arbeit ist bewusst, dass ein solches Gespräch für einen erkrankten Elternteil sehr herausfordernd sein kann. Sie rechnen jedoch damit, dass die Fachperson der SPF den erkrankten Elternteil dabei anleiten und ihn in der Problemlösung mit dem Kind unterstützen kann. Durch häufiges Üben wird es dem Elternteil mit der Zeit leichter fallen, diese Schritte mit dem Kind zu besprechen.

- Wichtig in der Resilienzförderung ist gemäss Lenz und Brockmann (2013) den Kontakt zu anderen Menschen zu pflegen (S. 99). Wie das soziale Netzwerk von Familien erschlossen werden kann, wurde im Rahmen der KOFA erläutert (vgl. Kap. 4.3.1).
- Die Kommunikation mit dem Kind über die Krankheit hilft diesem, die durch die elterliche Krankheit veränderte Situation zu verstehen (S. 108). Hierfür können die ausgeführten Schilderungen im Kapitel KOFA zur Basisfähigkeit der kindesgerechten Kommunikation einen Anhaltspunkt bieten (vgl. Kap. 4.3.1).

Thematisierung der Schuldgefühle von Jugendlichen

In Kapitel 3.2.1 wurde ausgeführt, dass bei Jugendlichen Schuldgefühle auftreten können, wenn sie sich vom erkrankten Elternteil abgrenzen möchten. Diese Gefühle können mit Hilfe der Fachperson in der Familie thematisiert werden. Hilfreich ist zudem eine deutlich ausgesprochene Erlaubnis der Eltern für Aktivitäten mit Peers (Plass & Wiegand-Grefe, 2012, S. 63).

Die Autorinnen sind der Ansicht, dass je nach Bedürfnis der Familien, die eben ausgeführten Vorgehensweisen, welche durch die SPF angeleitet werden können, hilfreich sind, um das gesamte Familiensystem zu stärken. Allenfalls kann die SPF auch Vernetzungsarbeit leisten und Angehörige sowie Betroffene auf spezifische Programme hinweisen oder sie dorthin begleiten.

Angehörigenangebote

Da die depressive Erkrankung nicht nur den erkrankten Elternteil betrifft, sondern wie bereits ausgeführt, Auswirkung auf das ganze familiäre System hat, ist die Arbeit mit Angehörigen wichtig. Durch Angebote, welche speziell für Angehörige entwickelt wurden, kann beispielsweise die Partnerin oder der Partner des erkrankten Elternteils mit Informationen über die Krankheit versorgt werden. Zudem kann sie oder er von Erfahrungsberichten sowie vom Austausch mit anderen Betroffenen profitieren und lernen das eigene Leben wieder aktiver zu gestalten (VASK. Dachverband der Vereinigungen von Angehörigen psychisch Kranker., 2008, S. 7). Die Autorinnen sind überzeugt, dass gerade die Partnerin oder der Partner eine wichtige Ressource innerhalb der Familie darstellen kann.

Gemäss Lenz (2014) ist für Kinder zentral, dass sie emotional sichere sowie stabile Bindungserfahrungen sammeln können, die Eltern-Kind Interaktion gefördert wird, soziale Ressourcen erschlossen werden und sie sich Bewältigungsstrategien aneignen können, um sich in der veränderten familiären Situation zurechtzufinden (S. 279). Durch die Resilienzförderung werden diejenigen Ressourcen der Angehörigen erweitert, welche hilfreich sind, um herausfordernde familiäre Situationen zu meistern (vgl. Kap. 3.5.2). Die Autorinnen sind der Ansicht, dass diese Punkte einerseits durch die SPF gefördert und gestärkt werden können, jedoch auch durch spezifische Angebote für Kinder von psychisch erkrankten Eltern.

Programme zur Stärkung der Erziehungsfähigkeit

In der Literatur werden Programme zur Stärkung der Erziehungsfähigkeit vorgestellt. Durch diese Programme sollen die Ressourcen der Eltern gestärkt, die Qualität der Eltern-Kind-Beziehung sowie das Erziehungsverhalten verbessert werden (Lenz, 2014, S. 302). Generell wird den Programmen Wirksamkeit zugesprochen, meist sind sie jedoch nicht auf die Lebensumstände eines psychisch erkrankten Elternteils angepasst. Diese brauchen einen sicheren Ort, um über ihre Kinder und Erziehungsschwierigkeiten sprechen zu können sowie um sich neue Fähigkeiten anzueignen, was im Rahmen der Programme meist nicht gegeben ist (S. 303).

Wie bereits erwähnt, hat der an einer Depression erkrankte Elternteil durch die Antriebslosigkeit oftmals Mühe, Termine ausser Haus wahrzunehmen. Da die Fachperson der SPF die Familie in ihrem Zuhause aufsucht und die Unterstützung in deren gewohntem Umfeld stattfinden kann, eignet sich die SPF aus Sicht der Autorinnen besonders für die Arbeit mit Elternteilen, die an einer Depression leiden.

Da meist weitere Fachpersonen in der Unterstützung der Familie beteiligt sind, was innerhalb von HotA deutlich wurde, spielt die Interdisziplinarität in der SPF eine wichtige Rolle. Aus diesem Grund werden die Autorinnen im Folgenden auf die interdisziplinäre Zusammenarbeit eingehen.

4.4 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

In der SPF wird die gesamte Familie in den Hilfeprozess einbezogen. Die Bearbeitung von psychischen Problemen eines Elternteils liegt jedoch nicht im Kompetenz- und Auftragsbereich einer SPF-Fachperson (Schrappe, 2018, S. 133). Eine interdisziplinäre Zusammenarbeit ist daher unabdingbar, da in den meisten Fällen zahlreiche Akteurinnen und Akteure involviert sind (Gutmann, 2017, S. 268).

Für die Mitarbeitenden einer Familienbegleitungsstelle ist es wichtig zu wissen, mit welchen Ämtern oder Institutionen Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil (möglicherweise) in Kontakt sind. Meistens sind die Leistungen entweder an die Kinder oder an den psychisch erkrankten Elternteil gerichtet. Dadurch entsteht eine grosse Anzahl möglicher Kooperationspartner, welche unterschiedliche Blicke auf die Familie hat (Schrappe, 2018, S. 138). Schrappe hat diese in einer Tabelle, ohne Anspruch auf Vollständigkeit, zusammengetragen (vgl. Abb. 12). Die Autorinnen haben einige Begriffe an die schweizerischen Gegebenheiten angepasst:

Blick auf die Kinder	Blick auf die Erwachsenen
Heimerziehung, Kinder- und Jugendpsychiatrie, psychiatrische Kinderspitex ⁸	Psychiatrie, Wohnheim, psychiatrische Spitex ⁸ , Übergangseinrichtung
Tagesstätte, Tagesklinik	Tagesklinik, Tagesstätte
Sozialpädagogische Familienbegleitung ⁸ , Erziehungsbeistand, Pflegefamilie	Ambulant betreutes Wohnen, Assistenz beim Wohnen
Erziehungs- und Familienberatung	Sozialpsychiatrischer Dienst, Beratungsstellen für psychisch kranke Menschen ⁸
Kinderschutz ⁸	Erwachsenenschutz ⁸
Ambulante Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	Ambulante Erwachsenenpsychiatrie und -psychotherapie
Selbsthilfeansätze	Selbsthilfeansätze

Abbildung 12. Kooperationspartner mit Blick auf die Kinder oder Erwachsenen. Nach Schrappe, 2018, S. 138.

Zu beachten ist, dass der Schwerpunkt, auf der Seite der Kinder, auf deren Entwicklung und der elterlichen Erziehung liegt. Ein Teil der Kinder zeigt keine Anzeichen einer psychischen Auffälligkeit, weshalb keine spezifische Behandlung erforderlich ist. Für diese Kinder kann jedoch präventive Unterstützung in der Stressbewältigung sinnvoll sein. Zudem profitieren sie davon, wenn die elterlichen Kompetenzen gestärkt werden. Treten jedoch Entwicklungsprobleme auf, kann dies einen Unterstützungsbedarf ausweisen (Schrappe, 2018, S. 139).

Um die Familie zielführend unterstützen zu können, ist eine offene Kommunikation sowie der Informationsaustausch zwischen den involvierten Hilfesystemen zentral. Dabei ist es wichtig, dass die Bedürfnisse der Familie gemeinsam verstanden werden und die Verantwortung gemeinsam getragen wird (Müller, 2008, S. 152).

Die Autorinnen erachten die interdisziplinäre Zusammenarbeit als höchst relevant. Bei einem Elternteil, welcher Symptome einer Depression zeigt, könnte die SPF beispielsweise die Vernetzungsarbeit zu einer Psychiaterin oder einem Psychiater und der psychiatrischen Spitex leisten. Der Austausch mit anderen Berufsgruppen gibt den Familienbegleitenden zusätzliche Anregungen und Wissen zur Zusammenarbeit mit Personen, die an einer Depression leiden. Schrappe (2011) betont beispielsweise die Wichtigkeit durch die Ärztin oder den Arzt zu erfahren, welche Diagnose besteht. Dadurch kann die Krankheit zur Entlastung der Kinder in der Familie angesprochen werden (S. 105). Natürlich in Absprache mit dem betroffenen Elternteil. Aus Sicht der Autorinnen kann eine ganzheitlichere Unterstützung gewährleistet werden, wenn involvierte Stellen einen gemeinsamen Austausch pflegen.

⁸ Dieser Begriff wurde durch die Autorinnen ergänzt.

4.5 Verknüpfung der SPF mit dem Systemischen Entwicklungsmodell

Zu Beginn der vorliegenden Arbeit haben die Autorinnen das Systemische Entwicklungsmodell nach Guralnick vorgestellt (vgl. Kap. 2.4). Folgend wird die SPF im genannten Modell verortet, um aufzuzeigen, wie die SPF im Familiensystem wirkt. Die Autorinnen sind der Ansicht, dass die SPF auf alle Ebenen des Systemischen Entwicklungsmodells einen direkten oder indirekten Einfluss hat: Auf der Ebene der familiären Interaktionsmuster und elterlichen Kompetenzen unterstützt die SPF unter anderem die Fähigkeit Dialoge zu führen, die sozial-emotionale Verbundenheit herzustellen und die Aktivierung sozialer Netzwerke. Auf der Ebene der Familienressourcen kann die SPF beispielsweise die Anwendung konstruktiver Bewältigungsstile fördern und das Zutrauen in eigene Kompetenzen stärken. Diese Interventionen haben eine positive Auswirkung auf den Entwicklungsstand des Kindes. Die Autorinnen konkludieren anhand der genannten Einflüsse der SPF auf alle Ebenen im Entwicklungsmodell, dass die SPF einen positiven Mehrwert für das gesamte Familiensystem erwirken kann.

Nachdem in Kapitel 4 aufgezeigt wurde, wie die Erziehungsfähigkeit und familiäre Ressourcen mit Hilfe der SPF gestärkt werden können, folgt nun das Fazit, in welchem die Fragestellung der vorliegenden Arbeit beantwortet wird.

5 Fazit

In der vorliegenden Arbeit wurden die Hauptthemen Erziehungsfähigkeit, Depression und Elternsein sowie Sozialpädagogische Familienbegleitung (SPF) miteinander verknüpft. In diesem Kapitel fassen die Autorinnen nun die wichtigsten Ergebnisse zusammen, ziehen Schlüsse und beantworten dadurch die Fragestellung. Abschliessend werden Schlussfolgerungen für die Praxis der Sozialen Arbeit abgeleitet sowie weiterführende Gedanken dargelegt.

Die Fragestellung lautet: *Wie wirkt sich eine depressive Erkrankung eines Elternteils auf dessen Erziehungsfähigkeit aus und welche Unterstützung kann die Sozialpädagogische Familienbegleitung zur Stärkung der familiären Ressourcen diesbezüglich bieten?*

5.1 Diskussion der Fragestellung

Die Diskussion der Fragestellung erfolgt in zwei Teilen.

Wie wirkt sich eine depressive Erkrankung eines Elternteils auf dessen Erziehungsfähigkeit aus (. . .)?

Zur Beantwortung des ersten Teils der Fragestellung werden zuerst Einflussfaktoren benannt, welche bezüglich einer Erziehungsfähigkeitsüberprüfung berücksichtigt werden müssen. Anschliessend folgt eine Ausführung möglicher Auswirkungen einer elterlichen Depression sowie deren Folgen für die kindliche Entwicklung und das Familiensystem. Danach werden zusätzliche Belastungen wie auch Ressourcen erwähnt, welche das Familiensystem und die familiären Krankheitsbewältigung beeinflussen. Abschliessend legen die Autorinnen die gewonnene Erkenntnis dar.

Durch die Ausführungen in der vorliegenden Arbeit wurde ersichtlich, dass die Auswirkungen einer elterlichen Depression durch zahlreiche Faktoren beeinflusst werden. Dies erschwert die Einschätzung der Erziehungsfähigkeit eines betroffenen Elternteils. In der Einschätzung wird berücksichtigt, ob zentrale Bedürfnisse eines konkreten Kindes in der aktuellen Lebenssituation genügend befriedigt werden können und ob die Kompetenzen der Eltern ausreichen, um diese Anforderung zu erfüllen (vgl. Kap. 2.1). Dabei sind die Bedürfnisse des Kindes individuell zu analysieren hinsichtlich dessen Charakters, Alters, Entwicklungsstands, Stärken und Schwächen sowie der Unterstützung durch das soziale Umfeld. Die Aufgabe der Eltern ist es, ihre Interaktionsmuster dem Entwicklungsstand des Kindes anzupassen (vgl. Kap. 2.5).

Je nach Symptomatik, Schweregrad, Dauer und Verlauf der Erkrankung sowie familiären Ressourcen bestehen erhebliche, geringe oder keine Beeinträchtigungen der Erziehungsfähigkeit. Dies führt dazu, dass sich keine allgemeingültigen Aussagen zu den Auswirkungen einer depressiven Erkrankung eines Elternteils auf dessen elterliche Kompetenzen machen lassen. Meist wird die Erziehungsfähigkeit in der Zeit nach oder zwischen akuten Episoden und bei

einer leichten Depression nicht oder nur gering beeinträchtigt, während bei schweren oder chronischen Fällen oftmals Unterstützungsmassnahmen eingeleitet werden müssen (vgl. Kap. 3.2.2).

In akuten Episoden kann sich eine Depression auf die Interaktion des Elternteil-Kind-Systems auswirken, was in Kapitel 2.4.2 ausführlich dargestellt wurde. Einige zentrale Punkte werden hier nochmals ausgeführt:

Ein Elternteil, welcher an einer Depression leidet, ist häufig aufgrund der Symptome in der Feinfühligkeit und Responsivität eingeschränkt. Dies führt dazu, dass Bedürfnisse eines Kindes nur erschwert wahrgenommen und befriedigt werden können. Dies ist besonders in der frühen Kindheit einschneidend, da der Schutzbedarf eines Babys oder Kleinkindes hoch ist und die Gefahr einer Vernachlässigung besteht. Zudem sind Eltern oftmals in ihrem Bindungsverhalten eingeschränkt, wodurch sich beim Kind unsichere Bindungsstile zeigen. Da der Sprachausdruck durch die depressive Symptomatik häufig reduziert ist, sind wertschätzende Rückmeldungen gegenüber dem Kind selten. Dies wirkt sich besonders für Kinder im Vor- und Grundschulalter negativ aus, da Anerkennung, Zuwendung und Lob in diesem Alter zentral sind und entscheidend zur Entwicklung eines positiven Selbstwertgefühls beitragen. Aufgrund der erhöhten Ermüdbarkeit sowie geringerer Geduld fällt es einem depressiv erkrankten Elternteil zudem häufig schwer, sich durchzusetzen und Regeln ausdiskutieren. Betroffene Eltern fühlen sich meist unsicher in der Erziehung und üben daher oft einen permissiven Erziehungsstil aus.

Ein depressiv erkrankter Elternteil fühlt sich vielfach überfordert, seinem Kind bei der Bewältigung neuer Entwicklungsaufgaben Unterstützung zu bieten, da er oftmals mit seinen eigenen Herausforderungen beschäftigt ist. Gerade Jugendliche, welche vor zahlreichen Entwicklungsaufgaben stehen, sind davon betroffen. So übernehmen Kinder der betroffenen Elternteile zusätzlich elterliche Aufgaben, um diese zu entlasten (Parentifizierung).

Es zeigt sich somit, dass die Auswirkungen und Einflüsse einer Depression oftmals einige Bereiche der elterlichen Kompetenzen beeinträchtigen.

Die Angst der Eltern, das Kind zu belasten, führt in vielen Familien zu Schweigen über die Krankheit. Auch gegen aussen wird die Krankheit oft nicht kommuniziert und tabuisiert, da Stigmatisierung und Diskriminierung bereits erfahren wurden oder befürchtet werden. Oftmals führt dies zu sozialer Isolation, was sich negativ auf die kindliche Entwicklung auswirkt, da Anregungen des Umfelds ausbleiben. Zudem fehlen dadurch soziale Kontakte, welche in akuten Episoden oder zur präventiven Entlastung unterstützen könnten.

Die Partnerin oder der Partner stellt eine entscheidende Ressource dar, welche Belastungen mildern kann. Dadurch kann die Erziehungsfähigkeit des erkrankten Elternteils gestärkt werden. Oftmals entstehen jedoch aufgrund der Auswirkungen einer Depression Beziehungsprobleme zwischen den Eltern. Weitere Belastungen wie Arbeitslosigkeit, Schulden und schwierige

Wohnverhältnisse wirken sich meist zusätzlich negativ auf das Erziehungsverhalten sowie das gesamte Familiensystem aus (vgl. Kap. 3.4). Da alle Familienmitglieder von den Belastungen, welche durch eine Depression entstehen, betroffen sind, wird von einer Familienkrankheit gesprochen. Es wurde ersichtlich, dass durch die Auswirkungen einer elterlichen Depression die kindliche Entwicklung beeinträchtigt werden kann. Es gibt jedoch auch Kinder, welche sich trotz herausfordernder Lebensumstände positiv entwickeln. Dies ist auf deren Resilienz zurückzuführen. Dabei stellen beispielsweise Bezugspersonen im sozialen Umfeld oder positive Charaktereigenschaften relevante Schutzfaktoren dar. Wenn es der Familie gelingt, konstruktiv mit den Belastungen umzugehen und Ressourcen zu aktivieren, kann von einer resilienten Familie gesprochen werden. Wenn sich die familiäre Krankheitsbewältigung jedoch negativ auf einzelne oder alle Familienmitglieder auswirkt, führt dies meist zu einem schlechten Familienklima (vgl. Kap. 3.5).

Aufgrund der unterschiedlichen Ausprägungen und Auswirkungen einer Depression bedarf es einer sorgfältigen Prüfung der Erziehungsfähigkeit. Das bedeutet für Sozialarbeitende, dass bei jeder Familie der Unterstützungsbedarf individuell erhoben werden muss, wobei Risiko- und Schutzfaktoren zu berücksichtigen sind. Die Autorinnen schliessen die Ausführungen zum ersten Teil der Fragestellung mit der zentralen Aussage, dass aufgrund einer Diagnose keine allgemeingültigen Annahmen zur Erziehungsfähigkeit des betroffenen Elternteils gemacht werden können.

Die möglichen Einschränkungen, welche sich allenfalls durch die Krankheit in der Erziehungsfähigkeit ergeben, können durch Unterstützung von privaten oder professionellen Hilfen ausgeglichen werden. Idealerweise erkennen Eltern rechtzeitig, wann sie Hilfe anfordern müssen. Eine Krankheitseinsicht und allenfalls eine Behandlungsbereitschaft ist diesbezüglich entscheidend, damit das Kindeswohl und die kindliche Entwicklung gesichert werden. Hilfen können freiwillig in Anspruch genommen (soziales Umfeld, freiwilliger Kinderschutz) oder angeordnet werden (zivilrechtlicher Kinderschutz) (vgl. Kap. 3.5.4).

Zentral ist, dass Stressoren minimiert und entwicklungsfördernde Einflüsse gestärkt werden (vgl. Kap. 2.4.3). Daher sollen für die gelingende Entwicklung des Kindes die Familienressourcen und die Erziehungsfähigkeit gestärkt werden (vgl. Kap. 3.6).

(. . .) welche Unterstützung kann die Sozialpädagogische Familienbegleitung zur Stärkung der familiären Ressourcen diesbezüglich bieten?

Nachdem der erste Teil der Fragestellung beantwortet wurde, folgen Ausführungen zum zweiten Teil, nämlich welche Unterstützung die SPF zur Stärkung der familiären Ressourcen bieten kann. Im Folgenden werden zuerst die vorgestellten Methoden der SPF miteinander verglichen. Danach wird aufgezeigt, wie ein Elternteil, der an einer schweren Depression leidet, durch die SPF unterstützt werden kann und anschliessend, wie sich eine Zusammenarbeit

gestalten könnte, wenn die Symptome der Depression schwächer (geworden) sind. Anschliessend kann die Fragestellung beantwortet werden.

Es hat sich gezeigt, dass sich für Menschen mit einer depressiven Erkrankung aufsuchende Angebote, wie die SPF, besonders eignen, da Betroffene nicht zusätzliche Kraft aufwenden müssen, um einen Termin ausser Haus wahrzunehmen (vgl. Kap. 4.2).

Die beschriebenen Verfahren und Techniken der vorgestellten Methoden KOFA, SIT und Hometreatment weisen Unterschiede auf. Die Autorinnen sind der Ansicht, dass sich folgende Fokusse zeigen: Die KOFA zielt auf die Stärkung der elterlichen Kompetenzen ab, indem sie konkrete Vorgehensweisen beschreibt (z.B. Verstärken, Vermindern oder Stoppen von Verhalten). Innerhalb der SIT geht es schwerpunktmässig um die Stärkung der Haltung des Elternteils, indem mit ihm an seinen Mustern und Problemtrancen gearbeitet wird. Durch die Haltungsänderung wird seine Erziehungsfähigkeit gestärkt, weil er dadurch beispielsweise Hilfe in Anspruch nehmen, Herausforderungen neutraler betrachten und gegenüber dem Kind sicherer auftreten kann. Bei HotA wird die Haltung der Fachperson stark hervorgehoben, durch welche Eltern in ihren Kompetenzen gestärkt werden. Indem die Fachperson dem erkrankten Elternteil beispielsweise aufmunternde Feedbacks gibt, kann sie seinen Selbstwert erhöhen.

Den Autorinnen fällt auf, dass innerhalb aller Methoden Wert auf die Haltung der Fachperson gelegt wird. Durch eine Haltung, welche von Vertrauen, Respekt und Transparenz geprägt sein soll, kann den beschriebenen Dilemmata der Zusammenarbeit (z.B. hinsichtlich einer Kindeswohlgefährdung) begegnet werden (vgl. Kap. 4.2). Indem die Fachperson der Familie Autonomie zugesteht und eine gelingende Kooperation anstrebt, kann eine funktionierende Zusammenarbeit erreicht werden.

Innerhalb der Ausführungen zur KOFA wurde erläutert, dass während einer schweren depressiven Episode nicht oder nur begrenzt mit dem erkrankten Elternteil gearbeitet werden kann. Aus diesem Grund kann die Familie in einem ersten Schritt durch die Stabilisierung der Situation unterstützt werden, was beispielsweise durch «Aufgaben erleichtern / kurzfristige Entlastung» (KOFA) oder auch durch «Unterstützung bei der Ausübung elterlicher Kompetenzen» (HotA) gelingen kann. In dieser Phase kann die SPF vermehrt mit den Angehörigen arbeiten (vgl. Kap. 4.3.4). Besonders die Förderung der Ressourcen der Partnerin oder des Partners ist sinnvoll, denn diese oder dieser ist weit häufiger in der Familie als die SPF. Sie oder er kann wesentlich zu einem positiven Familienklima beitragen und den erkrankten Elternteil unterstützen. Sobald sich die gesundheitliche Situation stabilisiert hat, kann intensiver mit dem erkrankten Elternteil gearbeitet werden, was im folgenden Abschnitt aufgezeigt wird.

Im ersten Teil des Fazits wurden Auswirkungen einer elterlichen Depression aufgezeigt. Diese führen dazu, dass beim erkrankten Elternteil und bei den Kindern Bedürfnisse bezüglich der depressiven Erkrankung entstehen können. Im Folgenden haben die Autorinnen die möglichen

Bedürfnisse aus dem Kapitel 3.3 gruppiert und stellen dar, wie diesen innerhalb der SPF begegnet werden kann.

- Der erkrankte Elternteil wünscht sich, dass seine Rolle als Vater oder Mutter anerkannt wird. In der SIT ist diese Anerkennung explizit in den Handlungsleitlinien wie auch im Menschenbild verankert. Die Autorinnen gehen jedoch davon aus, dass die Elternrolle auch in den anderen Methoden der SPF anerkannt wird. Da mit dem Elternteil an seiner Erziehungsfähigkeit gearbeitet wird, folgern die Autorinnen eine implizite Anerkennung. Das Kind hingegen wünscht sich, dass es aus unangemessenen Rollen innerhalb der Familie entlassen wird. Indem die SPF den erkrankten Elternteil in seiner Rolleneinnahme bestärkt, beispielsweise durch die Bearbeitung der Haltung innerhalb der SIT, wird eine unangemessene Rollenverteilung innerhalb der Familie angegangen. Dies kann auch anhand der Aufgabenklärung der KOFA geschehen. Durch die Erschließung von Netzwerken kann zudem Unterstützung aus dem Umfeld herbeigeführt werden, wodurch das Kind Aufgaben abgeben kann.
- Der erkrankte Elternteil wünscht sich meist, dass er in der Erziehung beraten und unterstützt wird. Das Kind hat das Bedürfnis nach einer angemessenen Erziehung. Dieser Punkt wird durch sämtliche vorgestellte Methoden der SPF bearbeitet.
- Die meisten Eltern möchten aufgrund der latenten Gefahr einer Fremdplatzierung eine Kinderschutzabklärung vermeiden. Wenn dennoch eine Gefährdung abgeklärt werden muss, wünschen sich die Eltern oftmals, dass die abklärende Fachperson ihre Situation sorgfältig prüft und mit ihnen mögliche Lösungen bespricht, wodurch Vertrauen entstehen kann.

Seitens der Kinder besteht das Bedürfnis nach Schutz vor dem erkrankten Elternteil, sollte das Kindeswohl verletzt werden. Durch den Respekt der Fachperson und indem sie die Expertise der Eltern bezüglich der Erziehung ihrer Kinder anerkennt, kann eine vertrauensvolle Beziehung zwischen der Fachperson und den Eltern aufgebaut werden. Der Fokus der SPF und deren Fachpersonen liegt auf der kindlichen Entwicklung und dem Kindeswohl (vgl. Kap. 4.1.1). Für die Beurteilung einer Kindeswohlgefährdung bietet das in Kapitel 3.5.3 vorgestellte Manual Unterstützung. Zudem kann der Krisenplan, welcher in Kapitel 4.3.4 ausgeführt wurde, dem Kind Sicherheit bieten.

- Behandlung der Depression: Der behandlungseinsichtige erkrankte Elternteil wie auch das Kind möchten, dass die elterliche Depression behandelt wird. Durch die SPF findet zwar keine Behandlung der Depression statt, jedoch kann die SPF Vernetzungsarbeit zu einer behandelnden Stelle leisten (vgl. Kap. 4.4).
- Kinder möchten über die Krankheit aufgeklärt werden und der erkrankte Elternteil wünscht sich, bei Krankheitseinsicht, oft Unterstützung, wie er mit dem Kind über die Depression sprechen kann. Dafür eignen sich einerseits die Techniken der KOFA, in denen der Elternteil eine kindesgerechte Kommunikation übt und andererseits die

Techniken von HotA, durch welche die Gefühle innerhalb der Familie thematisiert werden.

- Kinder wünschen sich zudem Unterstützung bei der Emotionsverarbeitung, ein freier Austausch in der sozialen Umgebung und als junge Erwachsene das Recht auf die Ablösung der Herkunftsfamilie. Um diese Wünsche und Bedürfnisse des Kindes zu erkennen, unterstützt die KOFA die Eltern mittels Beobachtungs-Trainings, während HotA diesbezüglich einen Perspektivenwechsel fördert. Die Autorinnen beurteilen beide Techniken als geeignet und gehen davon aus, dass sich die Beobachtung eher für Eltern von Säuglingen und Kleinkindern eignet, da deren verbale Ausdrucksfähigkeit gering ist und der Perspektivenwechsel eher für Eltern von älteren Kindern, damit deren Handeln durch die Eltern besser nachvollzogen werden kann. Das soziale Netzwerk der Kinder kann, wie bei Erwachsenen, mithilfe der KOFA erschlossen, analysiert und erweitert werden. Durch ein stabiles Netzwerk gelingt zudem die Ablösung des Elternhauses besser (vgl. Kap. 2.4.1).

Wird eine Familie durch die SPF unterstützt, gehen die Autorinnen davon aus, dass sich dadurch das Familienklima entspannt. Indem sich die Familienmitglieder neue Strategien und Verhaltensweisen aneignen, lernen sie einen konstruktiven Umgang mit den Auswirkungen der elterlichen Depression. Durch die SPF werden die Eltern somit in ihrem Erziehungsverhalten gefördert, was aus Sicht der Autorinnen idealerweise zu einem entwicklungsfördernden autoritativ-partizipativen Erziehungsstil führt.

Die Autorinnen konkludieren, dass die Kommunikationsfähigkeit eine zentrale Fähigkeit ist, da die Auswirkungen der Depression dadurch in der Familie thematisiert werden können. Das Gespräch über diese Auswirkungen und damit einhergehenden Belastungen stellt ein Mehrwert für die Kinder dar, da sie von möglichen Schuldgefühlen entlastet werden oder über diese sprechen können. Ausserdem kann dadurch eine Tabuisierung der Krankheit innerhalb und ausserhalb der Familie verhindert werden. Zudem sind die Autorinnen der Auffassung, dass ein Elternteil seine elterlichen Kompetenzen unter Beweis stellt, wenn er merkt, dass diese ungenügend sind und er sich Unterstützung aus dem sozialen Netzwerk holt. Diese kann beispielsweise anhand der Netzwerkererschliessung gemäss KOFA durch eine Fachperson organisiert werden. Zur Beantwortung der Fragestellung ziehen die Autorinnen den Schluss, dass durch sämtliche der vorgestellten Methoden, Verfahren und Techniken innerhalb der SPF die familiären Ressourcen gestärkt werden können.

Dies kann auch durch das Systemische Entwicklungsmodell nach Guralnick aufgezeigt werden: Anhand der Ausführungen des Modells in Kapitel 2.4 wurde ersichtlich, welche Einflüsse die kindliche Entwicklung prägen. Zudem konnten eine elterliche Depression sowie die SPF im Systemischen Entwicklungsmodell verortet werden. Die drei Ebenen Entwicklungsstand des Kindes, familiäre Interaktionsmuster / elterliche Kompetenzen und Familienressourcen

beeinflussen sich wechselseitig. Durch Interventionen der SPF, welche auf die unterschiedlichen Ebenen einwirken, werden die familiären Interaktionsmuster positiv verändert. Dies bedeutet, dass Eltern-Kind-Interaktionen und Alltagserfahrungen entwicklungsfördernd gestaltet sowie die Gesundheit und der Schutz des Kindes gewährleistet werden. Wenn diese familiären Interaktionsmuster optimal gefördert werden konnten, besteht nach Guralnick eine wirksame Intervention (vgl. Kap. 2.4.3). Anhand der Entwicklung der familiären Interaktionsmuster durch die Intervention der SPF kann somit deren Wirksamkeit überprüft werden.

Die Autorinnen schlussfolgern, dass eine ganzheitliche Intervention der SPF einen Mehrwert für die kindliche Entwicklung wie auch das gesamte Familiensystem generiert.

5.2 Schlussfolgerungen für die Praxis der Sozialen Arbeit

Wie zu Beginn der Arbeit erwähnt, verfügen Fachpersonen der Sozialen Arbeit oftmals nur über geringe Kenntnisse zu psychischen Störungen. Da diese Thematik jedoch in vielen Handlungsfeldern der Sozialen Arbeit auftaucht, erachten es die Autorinnen als wichtig, über Symptome sowie Auswirkungen Bescheid zu wissen. Vielfach bestehen aufgrund der psychischen Beeinträchtigung Multiproblemlagen, welche bei den Betroffenen zu grossen Belastungen führen. Das spezifische Fachwissen unterstützt dabei, adäquat zu handeln, zu beraten, aber auch zu entscheiden, wann eine Triage nötig ist.

Besonders in der Arbeit mit psychisch erkrankten Personen ist die interdisziplinäre Zusammenarbeit unabdingbar, da meist mehrere Akteurinnen und Akteure involviert sind. Aufgrund ihrer unterschiedlichen Schwerpunkte (Fokus Erwachsene oder Kinder), kann die Zusammenarbeit herausfordernd sein. Um die Klientel ganzheitlich zu unterstützen, braucht es einen Austausch mit anderen Berufsgruppen. Die Autorinnen erachten es daher als wichtig, dass Sozialarbeitende dazu beitragen, die interdisziplinäre Zusammenarbeit zu fördern. Eine Weiterverbreitung von Angeboten wie sie HotA bietet, wäre diesbezüglich sinnvoll. Aufgrund der Ausrichtung auf psychisch erkrankte Personen, welche in der SPF ansonsten nicht spezifisch besteht, und des Fachwissens der Mitarbeitenden, erachten die Autorinnen HotA als besonders geeignet für die Arbeit mit psychisch erkrankten Elternteilen und deren Familien.

Den Autorinnen ist es ein zentrales Anliegen, erneut auf die Individualität jeder Familie und deren Umwelt hinzuweisen. Für Sozialarbeitende bedeutet dies, die Familiensituation mit deren Belastungen wie auch deren Ressourcen individuell zu analysieren und im Kontext zu betrachten. Zur Prüfung, ob eine SPF indiziert ist oder das Kindeswohl gefährdet ist, stehen Sozialarbeitenden Instrumente zur Verfügung, welche in der vorliegenden Arbeit kurz vorgestellt wurden. Zudem erachten die Autorinnen auch die Super- sowie Intevision als zentrales Hilfsmittel, um Interventionsideen für herausfordernde Situationen zu erhalten sowie die eigene professionelle Haltung zu reflektieren (beispielsweise hinsichtlich eigener Vorurteile gegenüber einer depressiv erkrankten Person). Indem Sozialarbeitende die Klientel als

Expertinnen und Experten der Erziehung ihrer Kinder anerkennen und ihnen gute Gründe für ihr Handeln zugestehen, trägt dies zu einer gelingenden Arbeitsbeziehung bei, was eine Kooperation ermöglichen kann. Letztendlich entscheidet jedoch die Familie und deren Mitglieder, welche Anstösse des Sozialarbeitenden sie in ihr System integrieren. Wenn der Beziehungsaufbau gelungen ist, können SPF-Fachpersonen zur Ermächtigung von depressiv erkrankten Elternteilen und deren Familien beitragen. Dabei geht es nicht um die Bearbeitung der Depression selbst, da dies dem Handlungsfeld der Medizin zugeordnet wird, sondern um die Bearbeitung der Auswirkungen der Erkrankung. Probleme zu lösen, welche unter anderem in Beziehungen und Interaktionen entstehen, sowie Familien zu ermächtigen, wird als Auftrag der Sozialen Arbeit angesehen (vgl. Definition Sozialer Arbeit in Kap. 1.3). Mit betroffenen Personen und deren Familien werden gemeinsam Lösungen gesucht, um die Herausforderungen zu bewältigen, wodurch Hilfe zur Selbsthilfe gefördert wird. Gestärkte Familien sind nach Ansicht der Autorinnen wieder vermehrt in der Lage, ihre Rechte und Pflichten wahrzunehmen und am gesellschaftlichen Leben teilzunehmen, womit eine Auflösung der Isolation einhergeht.

5.3 Weiterführende Gedanken

Während der Auseinandersetzung mit der SPF stellten die Autorinnen fest, dass deren Zugang aufgrund der hohen Kosten eher hochschwellig ist. Wenn eine Familie über genügend finanzielle Mittel verfügt, ist ihr eine Begleitung durch die SPF möglich, ansonsten werden die Kosten durch die KESB, den Sozialdienst oder die Jugendanwaltschaft getragen, wodurch die SPF oftmals eine Kontrollfunktion bezüglich Kindeswohl innehat (vgl. Kap. 4.2). Eberitzsch (2016) betont hierzu, dass das System der Schweizer Kinder- und Jugendhilfe durch den rechtlichen Rahmen sowie den daraus entstandenen Strukturen hauptsächlich darauf ausgelegt sei, Kindeswohlgefährdungen zu bearbeiten. Eine Weiterentwicklung hin zu einer niederschweligen Unterstützung und der Möglichkeit eines Rechtsanspruchs auf Unterstützung und Hilfe werde den Fachdiskurs noch länger beschäftigen (S. 172). Da die Autorinnen der vorliegenden Arbeit überzeugt sind, dass Familien durch die SPF gestärkt werden und dies bereits präventiv sinnvoll ist, plädieren sie für eine diesbezügliche Weiterentwicklung der SPF.

Eine Herausforderung, welche in der vorliegenden Arbeit nicht vertieft wurde, ist die Erreichbarkeit von depressiv erkrankten Elternteilen. Eine Auseinandersetzung mit dieser Thematik wäre angezeigt, damit betroffene Personen unterstützende Angebote in Anspruch nehmen können, welche das gesamte Familiensystem entlasten.

Bezüglich der Inanspruchnahme von Hilfen ist die Entstigmatisierung bedeutend. Gemäss Müller (2008) nutzen betroffene Familien aufgrund der gesellschaftlichen Tabuisierung psychischer Krankheiten Unterstützungsangebote häufig nicht. Diesem Missstand kann durch Entstigmatisierungskampagnen, Wissensvermittlung und Öffentlichkeitsarbeit begegnet werden. Zudem ist es wichtig, bereits frühzeitig in der Schule Vorurteile gegenüber psychischen

Störungen zu reflektieren und abzubauen, was durch Schulsozialarbeitende unterstützt werden kann (S. 151). Damit kann der soziale Wandel durch die Soziale Arbeit gefördert werden. Die Autorinnen sind davon überzeugt, dass die Soziale Arbeit somit einen wesentlichen Beitrag zur Entstigmatisierung und Unterstützung von psychisch erkrankten Eltern leisten kann.

6 Literaturverzeichnis

- Ainsworth, Mary D. S., Blehar, Mary C., Waters, Everett & Wall, Sally N. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale: Erlbaum.
- Albermann, Kurt & Müller, Brigitte. (2016). Unterstützung für Kinder psychisch kranker Eltern. Information und Vernetzung tragen erheblich zum Gelingen bei. *Pädiatrie*, 3, 4-9.
- American Psychological Association. (2015). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5*. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- AvenirSocial. (2010). *Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz: Ein Argumentarium für die Praxis der Professionellen* [PDF]. Abgerufen von <https://avenirsocial.ch/publikationen/verbandsbroschueren/>
- AvenirSocial. (2014). *Berufsbild der Professionellen Sozialer Arbeit* [PDF]. Abgerufen von <https://avenirsocial.ch/publikationen/verbandsbroschueren/>
- AvenirSocial & Fachverband Sozialpädagogische Familienbegleitung. (2017). *Leitbild Sozialpädagogische Familienbegleitung SPF* [PDF]. Abgerufen von <https://avenirsocial.ch/publikationen/verbandsbroschueren/>
- Bachmann, Nicole, Meyer, Stefan & Zumbrunn, Andrea. (2020). Lebenswelten, Umweltfaktoren und gesellschaftliche Rahmenbedingungen. In Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Hrsg.), *Gesundheit in der Schweiz – Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene. Nationaler Gesundheitsbericht 2020* (S. 34-63). Bern: Hogrefe Verlag.
- Bauer, Ulrich, Reinisch, Anke & Schmuhl, Miriam. (2012). Vorwort. In Ullrich Bauer, Anke Reinisch & Miriam Schmuhl (Hrsg.), *Prävention für Familien mit psychisch erkrankten Eltern: Bedarf, Koordination, Praxiserfahrung* (S. 7-8). Wiesbaden: Springer VS.
- Beesdo-Baum, Katja & Wittchen, Hans-Ulrich. (2011). Depressive Störungen: Major Depression und Dysthymie. In Hans-Ulrich Wittchen & Jürgen Hoyer (Hrsg.), *Klinische Psychologie & Psychotherapie* (2. Aufl., S. 879-914). doi: 10.1007/978-3-642-13018-2_40
- Biene, Michael. (2014). Systemische Interaktionsberatung – Einführung. In Volker Rhein (Hrsg.), *Moderne Heimerziehung heute. Band 2 und Band 3. Die systemische Interaktionstherapie und die Psychomotorik in der Intensivpädagogik* (2. Aufl., S. 13-138). Herne: Frischtexte Verlag.
- Biene, Michael. (2020). Kompetente Eltern, zurückhaltende Profis: Das Projekt Triangel und die Systemische Interaktionstherapie (SIT) in der Jugendhilfe. *Familiendynamik*, 45(3), 188-200. doi: 10.21706/fd-45-3

- Biene, Michael, Pasluzscek, Thomas & Schwabe, Mathias. (2013). Einblicke in die Praxis der Elternaktivierung nach dem SIT-Ansatz. In Volker Rhein (Hrsg.), *Moderne Heimerziehung heute. Band 4. Die Systemische Interaktionstherapie und unterstützende Methoden in der Praxis* (S. 13-96). Herne: Frischtexte Verlag.
- Brezinka, Wolfgang. (1990). *Grundbegriffe der Erziehungswissenschaft* (5. Aufl.). München: Reinhardt.
- Bundesamt für Gesundheit. (2018). *Interprofessionalität im Gesundheitswesen. Beispiele aus der Berufspraxis*. [PDF]. Abgerufen von <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitspolitik/foerderprogramme-der-fachkraefteinitiative-plus/foerderprogramme-interprofessionalitaet.html>
- Bundesamt für Statistik. (2017). *Familien in der Schweiz. Statistischer Bericht 2017* [PDF]. Abgerufen von <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bevoelkerung/familien.assetdetail.2347880.html>
- Bundesamt für Statistik. (2020). *Psychische Gesundheit* [Website]. Abgerufen von <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/gesundheitszustand/psychische.html>
- Cassée, Kitty. (2019a). *KOFA-Manual. Handbuch für die kompetenz- und risikoorientierte Arbeit mit Familien* (4. Aufl.). Bern: Haupt Verlag.
- Cassée, Kitty. (2019b). *Kompetenzorientierte Methodiken. Handlungsmodelle für «gute Praxis» in der Jugendhilfe* (3. Aufl.). Bern: Haupt Verlag.
- Cassée, Kitty, Los-Schneider, Barbara, Baumeister, Barbara & Gavez, Silvia. (2010). *Kompetenzorientierte Familienarbeit KOFA: Entwicklung, Implementierung und Evaluation eines manualisierten Programms für die Arbeit mit belasteten Familien. Schlussbericht*. doi: 10.21256/zhaw-3339
- Castellanos, Helen A. & Hertkorn, Christiane. (2016). *Psychologische Sachverständigengutachten im Familienrecht: Grundlagen, Beurteilungskriterien, Qualitätsstandards* (2. Aufl.). Baden-Baden: Nomos.
- Christiansen, Hanna, Röhrle, Bernd, Fahrer, Julia, Stracke, Markus & Dobener, Lisa-Marie. (2020). *Kinder von Eltern mit psychischen Erkrankungen. State of the Art für Psychotherapeutinnen, Pädiaterinnen, Pädagoginnen*. doi: 10.1007/978-3-658-30519-2
- Dettenborn, Harry. (2010). *Kindeswohl und Kindeswille: psychologische und rechtliche Aspekte* (3. Aufl.). München: Reinhardt.
- Dettenborn, Harry & Walter, Eginhard. (2015). *Familienrechtspsychologie* (2. Aufl.). Stuttgart: utb.

- Duden. (2021). *Motivation, die* [Website]. Abgerufen von <https://www.duden.de/rechtschreibung/Motivation>
- Eberitzsch, Stefan. (2016). Ansätze Sozialpädagogischer Familienbegleitung in der Schweiz. In Johannes Röttgen, Annette Bauer, Peter Baumeister, Christa-Maria Piguella & Reinhild Mersch (Hrsg.), *Arbeitsfeld ambulante Hilfen zur Erziehung: Standards, Qualität und Vielfalt* (S. 161-175). Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Esterl, Silke. (2015). *Die Geschichte der Traurigkeit: Zum sozialen Wandel der Depression*. Marburg: Tectum Verlag.
- Euteneuer, Matthias, Schwabe, Mathias, Uhlendorff, Uwe & Vust, David. (2020). *Die Systemische Interaktionstherapie und Beratung in den Erziehungshilfen. Theorie und Praxis eines elternaktivierenden Ansatzes*. Weinheim: Beltz Juventa.
- Fachverband Sozialpädagogische Familienbegleitung. (n.d.). *Auswertung SPF Statistik 2019* [PDF]. Abgerufen von <https://www.spf-fachverband.ch/wissenswertes>
- Gerrig, Richard J. (2018). *Psychologie* (21., aktualisierte und erw. Aufl.). Hallbergmoos: Perason.
- Grawe, Klaus. (2004). *Neuropsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Greve, Werner & Thomsen, Tamara. (2019). *Entwicklungspsychologie: Eine Einführung in die Erklärung menschlicher Entwicklung*. doi: 10.1007/978-3-531-93432-7
- Griepenstroh, Julia, Heitmann, Dieter & Hermeling, Sonja. (2012). Kinder psychisch kranker Eltern: Lebenssituation und Entwicklungsrisiken. In Ullrich Bauer, Anke Reinisch & Miriam Schmuhl (Hrsg.), *Prävention für Familien mit psychisch erkrankten Eltern: Bedarf, Koordination, Praxiserfahrung* (S. 23-46). Wiesbaden: Springer VS.
- Groen, Gunter & Petermann, Franz. (2011). *Wie wird mein Kind wieder glücklich? Praktische Hilfen gegen Depression*. Bern: Huber.
- Guralnick, Michael J. (2011). Why Early Intervention Works: A Systems Perspective. *Infants Young Child*, 24(1), 6-28.
- Gut, Andreas. (2014). *Aufsuchen, Unterstützen, Beraten. Lebensweltorientierung und Familientherapie in der Sozialpädagogischen Familienhilfe*. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme.
- Gutmann, Renate. (2008). Jugendliche mit einem psychisch kranken Elternteil – Welche Unterstützung brauchen sie? In Albert Lenz & Johannes Jungbauer (Hrsg.), *Kinder und Partner psychisch kranker Menschen. Belastungen, Hilfebedarf, Interventionskonzepte* (S. 113-136). Tübingen: dgvt-Verlag.
- Gutmann, Renate. (2017). *Professionelle Hilfe aus der Sicht von Müttern mit einer psychischen Erkrankung*. Weinheim: Beltz Juventa.

- Häfeli, Christoph. (2016). Kinderschutz und Erwachsenenschutz. In Peter Mösch Payot, Johannes Schleicher & Marianne Schwander (Hrsg.), *Recht für die Soziale Arbeit. Grundlagen und ausgewählte Aspekte* (4. Aufl., S. 290-342). Bern: Haupt Verlag.
- Hauri, Andrea & Zingaro, Marco. (2020). *Kindeswohlgefährdung erkennen und angemessen handeln. Leitfaden für Fachpersonen aus dem Sozialbereich* (2. Aufl.). Bern: Kinderschutz Schweiz.
- Hautzinger, Martin. (2005). Depressionen. In Franz Petermann & Hans Reinecker (Hrsg.), *Handbuch der klinischen Psychologie und Psychotherapie* (S. 449-462). Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Havighurst, Robert James. (1956). Research on the Developmental-Task Concept. *The School Review*, 64, 215 – 223.
- Hegnauer, Cyril. (1999). *Grundriss des Kindesrechts und des übrigen Verwandtschaftsrechts* (5. Aufl.). Bern: Stämpfli Verlag.
- Hepp, Urs & Stulz, Niklaus. (2017). «Home treatment» für Menschen mit akuten psychischen Erkrankungen. *Nervenarzt*, 88(9), 983-988. doi: 10.1007/s00115-017-0355-6
- Hometreatment Aargau. (n.d.). *Aufsuchende systemische Familienberatung und -therapie* [PDF]. Abgerufen von <https://www.hota.ch/downloads-publikationen>
- Hometreatment Aargau. (n.d.). *Konzept* [PDF]. Abgerufen von https://docs.wixstatic.com/ugd/3a5b28_57e087f84d68499091b788eb0c64a419.pdf
- Hosemann, Wilfried & Geiling, Wolfgang. (2005). *Einführung in die systemische Soziale Arbeit*. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.
- Howard, Louise M. & Underdown, Helen. (2011). Hilfebedarf von Eltern mit psychischen Erkrankungen – eine Literaturübersicht. *Psychiatrische Praxis*, 38, 8-15. doi: 10.1055/s-0030-1265976
- Hurreimann, Klaus. (2002). *Einführung in die Sozialisationstheorie*. Weinheim: Beltz.
- Jugendamt des Kantons Bern. (2020). *Factsheet zum Kernthema Kinderschutz* [PDF]. Abgerufen von https://www.jgk.be.ch/jgk/de/index/kindes_erwachsenenschutz/kinder_jugendhilfe/umfassender_kinderschutz.html
- Jungbauer, Johannes. (2017). *Entwicklungspsychologie des Kindes- und Jugendalters: Ein Lehrbuch für Studium und Praxis sozialer Berufe*. Weinheim: Beltz Juventa.
- Kantonales Jugendamt. (2021). *Besondere Förder- und Schutzleistungen im Kanton Bern. Datenbericht 2020* [PDF]. Abgerufen von https://www.jgk.be.ch/jgk/de/index/kindes_erwachsenenschutz/kinder_jugendhilfe/besonderer-foerder--und-oder-schutzbedarf/kantonale-datenerfassung.html

- Klasen, Fionna, Otto, Christiane, Kriston, Levente, Patalay, Praveetha, Schlack, Robert & Ravens-Sieberer, Ulrike. (2015). Risk and protective factors for the development of depressive symptoms in children and adolescents: results of the longitudinal BELLA study. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 24, 695-703. doi: 10.1007/s00787-014-0637-5
- Klasen, Fionna, Meyrose, Ann-Katrin, Otto, Christiane, Reiss, Franziska & Ravens-Sieberer, Ulrike. (2017). Psychische Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse der BELLA-Studie. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 165(5), 402-407. doi: 10.1007/s00112-017-0270-8
- Kleve, Heiko. (2010). *Konstruktivismus und Soziale Arbeit. Einführung in Grundlagen der systemisch-konstruktivistischen Theorie und Praxis* (4. Aufl.). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Kraemer, Beatrice. (2017). Vertiefung: Postpartale Depression und Bindungsentwicklung. In Anita Plattner (Hrsg.), *Erziehungsfähigkeit psychisch kranker Eltern richtig einschätzen und fördern* (S. 46-57). München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Krüger, Paula & Zobrist, Patric. (2015). *Evaluation des Projektes «Hometreatment Aargau – Familienarbeit im Kanton Aargau»*. Abschlussbericht. [PDF]. Abgerufen von <https://www.hota.ch/downloads-publikationen>
- Lazarus, Richard S. & Folkman, Susan. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Laux, Gerd. (2017). Depressive Störungen. In Hans-Jürgen Möller, Gerd Laux & Hans-Peter Kapfhammer (Hrsg.), *Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie* (5. Aufl., S. 1711-1817). doi: 10.1007/978-3-662-49295-6_67
- Lenz, Albert. (2008). *Interventionen bei Kindern psychisch kranker Eltern. Grundlagen, Diagnostik und therapeutische Massnahmen*. Göttingen: Hogrefe.
- Lenz, Albert. (2010). *Ressourcen fördern: Materialien für die Arbeit mit Kindern und ihren psychisch kranken Eltern*. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Lenz, Albert. (2012). *Psychisch kranke Eltern und ihre Kinder*. Köln: Psychiatrie-Verlag.
- Lenz, Albert. (2014). *Kinder psychisch kranker Eltern* (2. Aufl.). Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Lenz, Albert & Brockmann, Eva. (2013). *Kinder psychisch kranker Eltern stärken: Informationen für Eltern, Erzieher und Lehrer*. Göttingen: Hogrefe.
- Lenz, Albert & Wiegand-Grefe, Silke. (2017). *Kinder psychisch kranker Eltern*. doi: 10.1026/02589-000

- Lohaus, Andreas & Glüer, Michael. (2016). *Selbstregulation bei Kindern im Rahmen der Entwicklungs- und Erziehungspsychologie*. doi: 10.1007/978-3-642-54061-5_7-1
- Lötscher, Cornelia. (2013). Je früher, desto besser: Sozialpädagogische Familienbegleitung. *Zeitschrift für Sozialhilfe ZESO*, 2, 32.
- Ludewig, Revital, Baumer, Sonja, Salzgeber, Josef, Häfeli, Christoph & Albermann, Kurt. (2015). Richterliche und behördliche Entscheidungsfindung zwischen Kindeswohl und Elternwohl: Erziehungsfähigkeit bei Familien mit einem psychisch kranken Elternteil. *FamPra.ch*, 3, 561-621.
- Lyons, Renee F. (2004). Zukünftige Herausforderungen für Theorie und Praxis von gemeinsamer Stressbewältigung. In Petra Buchwald, Christine Schwarzer & Stevan E. Hobfoll (Hrsg.), *Stress gemeinsam bewältigen: Ressourcenmanagement und multiaxiales Coping* (S. 191-204). Göttingen: Hogrefe.
- Lyons, Renee F., Mickelson Kristin D., Sullivan, Michael J. L. & Coyne, James C. (1998). Coping as a communal process. *Journal of Social and Personal Relationships*, 15(5), 579-605.
- Mattejat, Fritz. (2014). Kinder mit psychisch kranken Eltern. Was wir wissen und was zu tun ist. In Fritz Mattejat & Beate Lisofsky (Hrsg.), *Nicht von schlechten Eltern. Kinder psychisch Kranker* (4. Aufl., S. 68-95). Köln: Balance buch + medien verlag.
- Mattejat, Fritz, Wüthrich, C. & Remschmidt, Helmut. (2000). Kinder psychisch kranker Eltern. Forschungsperspektiven am Beispiel von Kindern depressiver Eltern. *Nervenarzt*, 71, 164-172. doi: 10.1007/s001150050025
- Mattejat, Fritz & Remschmidt, Helmut. (2008). Kinder psychisch kranker Eltern. *Deutsches Ärzteblatt*, 105(23), S. 312-317. doi: 10.3238/arztebl.2008.0413
- Metzger, Marius & Tehrani, Anoushiravan Masoud. (2020). *Manual: Indikationseinschätzung Sozialpädagogischer Familienbegleitung (IE-SPF)* [PDF]. Abgerufen von <https://www.spf-fachverband.ch/forschung>
- Müller, Brigitte. (2008). Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil: Systemische Perspektive. In Albert Lenz & Johannes Jungbauer (Hrsg.), *Kinder und Partner psychisch kranker Menschen. Belastungen, Hilfebedarf, Interventionskonzepte* (S. 137-156). Tübingen: dgvt-Verlag.
- Petermann, Ulrike & Petermann, Franz. (2006). Erziehungskompetenz. *Kindheit und Entwicklung*, 15 (1), 1-8.
- Plass, Angela & Wiegand-Grefe, Silke. (2012). *Kinder psychisch kranker Eltern. Entwicklungsrisiken erkennen und behandeln*. Weinheim: Beltz.

- Plattner, Anita. (2017a). Affektive Erkrankungen und Angststörungen. In Anita Plattner (Hrsg.), *Erziehungsfähigkeit psychisch kranker Eltern richtig einschätzen und fördern* (S. 34-61). München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Plattner, Anita. (2017b). Beurteilung der Erziehungsfähigkeit bei psychisch kranken Eltern. In Anita Plattner (Hrsg.), *Erziehungsfähigkeit psychisch kranker Eltern richtig einschätzen und fördern* (S. 30-32). München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Plattner, Anita. (2017c). Erziehungsfähigkeit aus psychologischer Sicht. In Anita Plattner (Hrsg.), *Erziehungsfähigkeit psychisch kranker Eltern richtig einschätzen und fördern* (S. 21-29). München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Plattner, Anita. (Hrsg.). (2017d). *Erziehungsfähigkeit psychisch kranker Eltern richtig einschätzen und fördern*. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Plattner, Anita. (2017e). Gesprächsführung mit psychisch kranken Eltern. In Anita Plattner (Hrsg.), *Erziehungsfähigkeit psychisch kranker Eltern richtig einschätzen und fördern* (S. 130-136). München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Plattner, Anita. (2017f). Krankheitsunspezifische Auswirkungen psychischer Erkrankungen der Eltern auf die Kinder. In Anita Plattner (Hrsg.), *Erziehungsfähigkeit psychisch kranker Eltern richtig einschätzen und fördern* (S. 104-113). München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Pretis, Manfred & Dimova, Aleksandra. (2016). *Frühförderung mit Kindern psychisch kranker Eltern* (3. Aufl.). München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Ramsauer, Brigitte. (2011). Frühkindliche Bindung im Kontext einer depressiven Erkrankung der Mutter. In Silke Wiegand-Grefe, Fritz Mattejat & Albert Lenz (Hrsg.), *Kinder mit psychisch kranken Eltern. Klinik und Forschung. Mit 34 Abbildungen und 55 Tabellen* (S. 171-179). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Reck, Corinna, Backenstrass, Matthias, Möhler, Eva, Hunt, Aoife, Resch, Franz & Mundt, Christoph. (2001). Mutter-Kind-Interaktion und postpartale Depression: Theorie und Empirie im Überblick. *Psychotherapie*, 6(2), 171-186.
- Rehder, Michael. (2016). *Psychisch belastete Eltern in der Sozialpädagogischen Familienhilfe. Ergebnisse ethnografischer Forschung*. Weinheim: Beltz Juventa.
- Retzlaff, Rüdiger, Eickhorst, Andreas & Cierpka, Manfred. (2011). Familienforschung in der Prävention belasteter Kinder – ein Überblick. In Silke Wiegand-Grefe, Fritz Mattejat & Albert Lenz (Hrsg.), *Kinder mit psychisch kranken Eltern. Klinik und Forschung. Mit 34 Abbildungen und 55 Tabellen* (S. 333-356). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

- Rhyner, Andreas. (2017). Praxis trifft Wissenschaft. Wirksamkeitsforschung für Sozialpädagogische Familienbegleitung SPF. *SozialAktuell*, 3, 32-33. Abgerufen von <http://www.avenirsocial.ch>
- Riecher-Rössler, Anita. (2006). Was ist postpartale Depression? In Beate Wimmer-Puchinger & Anita Riecher-Rössler (Hrsg.), *Postpartale Depression. Von der Forschung zur Praxis*. Wien: Springer-Verlag.
- Rosch, Daniel & Hauri, Andrea. (2018). Zivilrechtlicher Kinderschutz. In Daniel Rosch, Christiana Fountoulakis & Christoph Heck (Hrsg.), *Handbuch Kindes- und Erwachsenenschutz: Recht und Methodik für Fachleute* (2. Aufl., S. 442-483). Bern: Haupt.
- Salzgeber, Joseph. (2020). *Familienpsychologische Gutachten. Rechtliche Vorgaben und sachverständiges Vorgehen* (7. Aufl.). München: CH Beck.
- Schneewind, Klaus A. (2010). *Familienpsychologie* (3., überarb. und erw. Aufl.). Stuttgart: W. Kohlhammer Verlag.
- Schrappe, Andreas. (2011). Die Leistungen der Jugendhilfe für Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil. In Silke Wiegand-Grefe, Fritz Mattejat & Albert Lenz (Hrsg.), *Kinder mit psychisch kranken Eltern. Klinik und Forschung. Mit 34 Abbildungen und 55 Tabellen* (S. 96-121). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Schrappe, Andreas. (2018). *Kinder und ihre psychisch erkrankten Eltern: Kompetent beraten, sicher kooperieren*. Weinheim: Beltz Juventa.
- Schuler, Daniela, Tuch, Alexandre & Peter, Claudio. (2020). *Psychische Gesundheit in der Schweiz: Monitoring 2020 (Obsan Bericht 15/2020)*. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Schwabe-Hollein, Marianne & Kindler, Heinz. (2006). Erziehungsfähigkeit bei psychisch kranken Eltern. In Thomas Fabian & Sabine Nowara (Hrsg.), *Neue Wege und Konzepte in der Rechtspsychologie* (S. 143-154). Berlin: LIT Verlag.
- Steiner, Olivier & Wetzel, Marina. (2015). *Ambulante erzieherische Hilfen im Kanton Bern: Angebot, Zugänge und Finanzierung (Teilbericht 2)* [PDF]. Abgerufen von https://www.jgk.be.ch/jgk/de/index/kinde_erwachsenenschutz/kinder_jugendhilfe/besondere-foerder--und-oder-schutzbedarf/projekt-oehe.html
- Steinmetz, Martina & Lewand, Martin. (2004). Zur Diagnostik der Erziehungsfähigkeit im Rahmen familienrechtlicher Begutachtung. *Praxis der Rechtspsychologie*, 14(2), 286-303.
- Strauss, Bernhard & Schwark, Barbara. (2007). Die Bindungstheorie und ihre Relevanz für die Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 52, 405-425. doi: 10.1007/s00278-007-0565-7

- Tronick, Edward, Brazelton, Thomas Berry & Als, Heidelise. (1978). The structure of face-to-face interactions and its developmental functions. *Sign Language Studies*, 18, 1-16.
- Tschöpe-Scheffler, Sigrid. (2005). Unterstützung der elterlichen Erziehungskompetenz durch Elternbildungsangebote. *Sozial Extra*, 29(4), 11-14.
- VASK. Dachverband der Vereinigungen von Angehörigen psychisch Kranker. (2008). *Wenn nichts mehr ist, wie es war. Die Nöte der Angehörigen* [PDF]. Abgerufen von <https://www.vask.ch/de/Informationen/Die-Rolle-des-Angehoerigen>
- Wagenblass, Sabine. (2012). Herausforderungen für den Kinderschutz in psychisch belasteten Familien. In Werner Thole, Alexandra Retkowski & Barbara Schäuble (Hrsg.), *Sorgende Arrangements: Kinderschutz zwischen Organisation und Familie* (S. 71-82). Wiesbaden: Springer VS.
- Weltgesundheitsorganisation. (2015). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien* (10. Aufl.). Bern: Hogrefe Verlag.
- Wiefel, Andreas & Lehmkuhl, Ulrike. (2004). «Schau mich bitte nicht so an...» Besonderheiten in der frühkindlichen Bindungsentwicklung bei Säuglingen und Kleinkindern von psychisch kranken Eltern. *Frühe Kindheit*, 7(2), 29-32.
- Wiegand-Grefe, Silke. (2010). Belastungen von Kindern psychisch kranker Eltern. Psychosoziale Folgen und Präventionsbedarf. *Der Neurologe und Psychiater*, 11, 42-47.
- Wiegand-Grefe, Silke, Geers, Peggy & Petermann, Franz. (2011). Entwicklungsrisiken von Kindern psychisch kranker Eltern – ein Überblick. In Silke Wiegand-Grefe, Fritz Mattejat & Albert Lenz (Hrsg.), *Kinder mit psychisch kranken Eltern. Klinik und Forschung. Mit 34 Abbildungen und 55 Tabellen* (S. 145-170). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Wiegand-Grefe, Silke, Halverscheid, Susanne & Plass, Angela. (2011). *Kinder und ihre psychisch kranken Eltern. Familienorientierte Prävention - Der CHIMPs-Beratungsansatz*. Göttingen: Hoegrefe Verlag.
- Wolf, Klaus. (2015). *Sozialpädagogische Interventionen in Familien* (2., überarb. Aufl.). Weinheim: Beltz Juventa.
- World Health Organization. (2019a). *Mental disorders* [Website]. Abgerufen von <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
- World Health Organization. (2019b). *Psychische Gesundheit - Faktenblatt* [PDF]. Abgerufen von <https://www.euro.who.int>

- Zimmermann, Peter, Vierhaus, Marc, Eickhorst, Andreas, Sann, Alexandra, Egger, Carine, Förthner, Judith, Gerlach, Jennifer, Iwanski, Alexandra, Liel, Christoph, Podewski, Fritz, Wyrwich, Sandra & Spangler, Gottfried. (2016). Aufwachsen unter familiärer Belastung in Deutschland: Design und Methoden einer entwicklungspsychologischen Studie zu Risiko- und Schutzmechanismen bei Familien mit unterschiedlicher psychosozialer Belastung. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 59(10), 1262-1270. doi 10.1007/s00103-016-2423-7
- Zülke, Andrea E., Kersting, Anette, Dietrich, Sandra, Luck, Tobias, Riedel-Heller, Steffi G. & Stengler, Katarina. (2018). Screeninginstrumente zur Erfassung von männerspezifischen Symptomen der unipolaren Depression – Ein kritischer Überblick. *Psychiatrische Praxis*, 45, 178-187.