

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

Kinder depressiv erkrankter Mütter

Handlungsoptionen und präventive Ansätze der Sozialen Arbeit in der Angehörigenunterstützung

Konzept Bachelor Thesis vorgelegt von
Nora Loosli
Matrikelnummer: 17-528-308

Eingereicht bei
Dr. Jan Willem Nieuwenboom
Olten, am 11.01.2021

Abstract

Kinder, die mit einem psychisch erkrankten Elternteil aufwachsen, haben ein erhöhtes Risiko, später selber psychisch zu erkranken. Prävention ist darum von zentraler Bedeutung. Diese Arbeit geht der Frage nach, wie sich eine schwere mütterliche Depression auf die Entwicklung des Kindes auswirkt. Anhand aktueller Forschungsergebnisse werden mögliche Auswirkungen einer mütterlichen Depression auf Kinder beschrieben und zentrale Themen (Tabuisierung, Stigmatisierung, Parentifizierung, Interaktionsebene und Erziehung) dargelegt. Erkenntnisse aus der Risiko- und Resilienzforschung, insbesondere das Risiko- und Schutzfaktorenkonzept, geben Hinweise für eine bedarfsorientierte, wirksame Prävention. Weiter fragt sie, wie sich die Soziale Arbeit für diese Angehörigengruppe präventiv einsetzen kann. Vor diesem Hintergrund werden exemplarisch zwei Präventionsprojekte vorgestellt, reflektiert und geprüft, welche Rolle die Soziale Arbeit darin spielt. In der Arbeit wird deutlich, dass die komplexen Lebenslagen von betroffenen Kindern und ihren Familien oft ein Bündel an Unterstützungsmassnahmen benötigen. Eine funktionierende, interinstitutionelle Kooperation für eine zielgerichtete, koordinierte Umsetzung der Hilfeleistungen ist daher von zentraler Bedeutung.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	5
1.1	Problemstellung	5
1.1.1	Psychische Gesundheit	6
1.1.2	Psychische Störung	6
1.1.3	Prävalenz depressiver Erkrankungen	7
1.1.4	Ätiologie	8
1.1.5	Sozio-ökonomische Situation	9
1.2	Fragestellung	10
1.3	Vorgehen	11
1.4	Eingrenzung und Definitionen	11
1.4.1	Soziale Arbeit	12
1.4.2	Gesundheitsdeterminanten	13
1.4.3	Affektive Störung / Depression	14
2	Auswirkungen der mütterlichen Depression	15
2.1	Kurzfristige und langfristige Auswirkungen	15
2.1.1	Tabuisierung	16
2.1.2	Schuld- und Schamgefühle	17
2.1.3	Stigmatisierung	17
2.2	Mutter-Kind-Interaktion und Beziehung	18
2.2.1	Parentifizierung	19
3	Individuelle und familiäre Bewältigung der mütterlichen Depression	20
3.1	Coping und Resilienz	21
3.1.1	Risikofaktoren	22
3.1.2	Schutzfaktoren	24
3.1.3	Wechselwirkung von Risiko- und Schutzfaktoren	27
3.1.4	Individuelles Coping und Resilienz Kind	27
3.1.5	Famililäres Coping und Resilienz	29
3.2	Folgen für die Praxis: Unterstützungsbedürfnisse der Kinder und Eltern	31
4	Prävention	33
4.1	Rolle der Sozialen Arbeit in der Prävention	34
5	Präventionsprojekte – 2 Fallbeispiele	35

5.1	AKisiA	36
5.2	„wikip“ Winterthurer Präventions- und Versorgungsprojekt für Kinder psychisch kranker Eltern“	39
5.3	Diskussion / Reflexion	43
6	Fazit	46
6.1	Beantwortung der Fragestellung	46
6.2	Schlussfolgerung, Ausblick	50
	Literaturverzeichnis	52
	Abbildungsverzeichnis	56
	Ehrenwörtliche Erklärung	57

1 Einleitung

1.1 Problemstellung

Länger anhaltende, chronische psychische Leiden, können zu schwerwiegenden Einschränkungen in der Bewältigung des Alltags, dem Sozialleben sowie im Berufsleben von Menschen führen. Eine psychische Störung verändert ihre Wahrnehmung und ihr Verhalten. Wenn Betroffene Eltern sind, kann dies, je nach Schweregrad und Dauer die Beziehungs- und Erziehungsdynamik innerhalb der Familie beeinträchtigen. Kinder, die mit einem psychisch erkrankten Elternteil aufwachsen, haben laut aktueller Forschung ein erhöhtes Risiko später selber psychisch zu erkranken. Um dieses transgenerationale Risiko zu mindern, ist Prävention von zentraler Bedeutung. Eine erfolgreiche Prävention kann sich nicht nur auf die Verminderung von Risikofaktoren beschränken. Mit präventiven Angeboten und Interventionen sollen individuelle, familiäre und soziale Ressourcen sowie spezifische Schutzfaktoren (z.B. Krankheitsaufklärung) gefördert werden (vgl. Lenz 2014: 236).

1997 rückten in der Gesundheitsversorgung psychisch kranker Menschen in Deutschland erstmals Kinder als Angehörige in den Fokus (vgl. Lenz 2012: 7). Man bezeichnete damals die Kinder von psychisch erkrankten Eltern als „die vergessenen Kinder der Psychiatrie-Reform“ (vgl. ebd.). Seither gab es verschiedene Bestrebungen und Initiativen, welche den Kindern als Angehörige einen höheren Stellenwert einräumen. Im Rahmen von lokalen Initiativen durch Angehörige und Fachleute der Psychiatrie entstanden vielversprechende Projekte. Einige davon wurden zwischenzeitlich wissenschaftlich auf ihre Wirkung hin überprüft. Trotzdem scheint es aber gemäss Lenz und anderen bedeutsamen Wissenschaftlern und Wissenschaftlerinnen nach wie vor Lücken in der Versorgung von Kindern zu geben, welche mit einem psychisch erkrankten Elternteil aufwachsen.

In der Schweiz zeigte die als „Winterthurer Studie“ (vgl. Gurny et al. 2007) bekannte Untersuchung „Kinder psychisch kranker Eltern“ der ZHAW (Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften Soziale Arbeit), dass Kinder als Mitbetroffene auch hierzulande vom Hilfesystem zu wenig einbezogen werden. Obwohl Kinder mit einem psychisch erkrankten Elternteil verschiedenen Belastungen ausgesetzt sind, werden sie in der Versorgung der Erwachsenenpsychiatrie nach wie vor zu wenig als Angehörige mit Hilfebedarf erkannt und einbezogen. Nur 43 % der professionellen Akteure im Gesundheits- und Sozialwesen erkundigen sich nach allfälligen psychosozialen Belastungen der Kinder ihrer

Patienten und Patientinnen. Rund die Hälfte der Befragten wissen zum Zeitpunkt der Befragung nicht, ob es im Versorgungssystem genügend Angebote für Familien oder Kinder gibt. Im Bereich der Kinder- und Jugendhilfe ist dieser Informationsmangel noch höher (vgl. Gurny et. al 2007: 3). Diese Ergebnisse decken sich mit den Forschungsergebnissen von Lenz (2005). Trotz zunehmendem Bewusstsein, dass Kinder als Angehörige mitbetroffen sind und gegebenenfalls auch Hilfe brauchen, werden sie von Fachpersonen nach wie vor zu wenig einbezogen. Oft fehlen Konzepte und Angebote, welche sich an diese Zielgruppe richten. Eine interdisziplinäre Verknüpfung von psychotherapeutischem, psychiatrisch-medizinischem und sozialpädagogischem bzw. sozialarbeiterischem Wissen wäre dabei notwendig (vgl. Lenz, 2005: 183).

1.1.1 Psychische Gesundheit

Die WHO (World Health Organization) definiert Psychische Gesundheit als „Zustand des Wohlbefindens, in dem eine Person ihre Fähigkeiten ausschöpfen, die normalen Lebensbelastungen bewältigen, produktiv arbeiten und einen Beitrag zu ihrer Gemeinschaft leisten kann“ (vgl. WHO Faktenblatt Psychische Gesundheit 2019: o.S.). Psychische Gesundheit zeigt sich demnach in Lebenszufriedenheit, Selbstbewusstsein und Beziehungsfähigkeit (Schuler et. al. 2016: 9). Psychische Gesundheit ist kein Zustand sondern entsteht in einem wechselseitigen, dynamischen und komplexen Prozess zwischen biologischen, psychologischen und sozialen Faktoren. Neben individuellen Aspekten spielen solche wie Kultur, Ökologie und vor allem auch die sozioökonomische Situation eines Menschen eine zentrale Rolle (vgl. ebd.). Gesundheit wird in diesem Verständnis also determiniert durch bio-psycho-soziale, sozioökonomische, sozio-kulturelle und institutionelle Faktoren. Als bio-psycho-soziale Determinanten gelten zum Beispiel die genetische Disposition oder das Funktionieren von sozialen Netzen, sowie der Beziehungen in der Familie. Bei den sozio-ökonomischen Determinanten gehören Einkommen und Bildung zu den wichtigsten Einflussfaktoren. Diese haben einen grossen Einfluss auf den Zugang zu Unterstützung und allgemein auf die Lebensqualität (vgl. Franzkowiak et. al. 2011: 43 f).

1.1.2 Psychische Störung

Traditionell wurde in der Medizin und in der Psychiatrie der Begriff ‚Psychische Krankheit‘ verwendet. Die Bezeichnung ‚Psychische Störung‘ hingegen orientiert sich an einem bio-psycho-sozialen Krankheitsmodell. Der Begriff Psychische Störung wird auch in der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen ICD-10 der WHO sowie dem Diagnosti-

schen und Statistischen Manual psychischer Störungen DSM-IV eingesetzt (vgl. <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2020/block-f30-f39.htm>)

In dieser Arbeit werden die Begriffe ‚Psychische Krankheit‘ und ‚psychische Störung‘ synonym verwendet, analog der für diese Arbeit zu Grunde liegenden Literatur.

Psychische Störungen verursachen Einschränkungen auf emotionaler, kognitiver, körperlicher, interpersonaler Ebene und beeinflussen die Wahrnehmung und das Verhalten der betroffenen Menschen.

Psychische Störungen lassen sich definieren als „ein klinisch bedeutsames Verhaltens- oder psychisches Syndrom...“ (vgl. Wittchen et. al. 2011:30) infolge dessen die Leistungsfähigkeit psychischer Funktionen beeinträchtigt ist. Folgende vier Bereiche stehen in wechselseitiger Beziehung zu einander (vgl. ebd.):

1. Beeinträchtigungen im Erleben und Zeigen der Gefühle (Emotionen)
2. Denkprozesse (Informationsverarbeitung und Kognition)
3. Verhalten (z.B. Motorik oder soziale Interaktion)
4. somatische und biopsychologische Phänomene (z.B. erhöhte Muskelspannung, erhöhter Puls, Veränderungen und Abweichungen im Transmitterhaushalt).

1.1.3 Prävalenz depressiver Erkrankungen

Depressionen zählen zu den weltweit häufigsten Erkrankungen. Sie sind für die Betroffenen wie für die Angehörigen mit viel Leid verbunden. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) geht davon aus, dass unipolare Depressionen in den kommenden Jahren die Krankheit mit der schwersten Behinderungslast sein wird (vgl. Baer et. al. 2013: 3). Aus diesem Grund stellt Depression für die WHO ein aktuelles und drängendes gesundheits- und gesundheitspolitisches Thema dar (vgl. ebd.). Diese Annahmen decken sich mit den Befunden in der Schweiz. Laut Bericht ‚Psychische Gesundheit in der Schweiz – Bestandsaufnahme und Handlungsfelder‘ des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) aus dem Jahre 2015 leiden knapp 17 % der Schweizer Bevölkerung an einer oder mehreren psychischen Erkrankungen (vgl. ebd.: 5). Statistiken belegen, dass affektive Störungen, insbesondere unipolare Depressionen den grössten Teil davon ausmachen. Epidemiologische Untersuchungen des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums (Obsan) kamen auf einen Anteil von 5.2 % der Schweizer Bevölkerung, welche unter einer depressiven Störung (Major Depression) leidet.

Laut epidemiologischen Untersuchungen zur Frage der „Depressionen in der Schweizer Bevölkerung“ zeigt sich ein deutlicher Unterschied zwischen den Geschlechtern. Frauen sind demnach viel öfter von einer Depression betroffen und haben eine fast doppelt so hohe Prävalenz als Männer (vgl. Baer et. al. 2013: 11). Ein niedriger sozioökonomischer Status, geringe Bildung, Erwerbslosigkeit oder ein tiefes Einkommen sind weitere Risikofaktoren, welche in Wechselwirkung mit der Gesundheit stehen und die Gefahr für eine Depression erhöhen können.

Die Schweizer Studie „Kinder psychisch kranker Eltern: Winterthurer Studie“ von 2006 ergab bezüglich Prävalenz, dass 3 % der Bevölkerung aus der Psychiatrieregion Winterthur im medizinisch-psychiatrischen Versorgungssystem in Behandlung sind. Davon hatten 32 % der Frauen und 17 % der Männer mindestens ein minderjähriges Kind. Hochgerechnet auf den Kanton Zürich wären demnach 2600 Eltern sowie 4000 Kinder betroffen (Gurny et. al. 2007).

Für Kinder von Eltern mit einem psychisch kranken Elternteil kann dies je nach Dauer und Intensität der Erkrankung negative Auswirkungen auf ihre psychosoziale Entwicklung haben. Die Forschung geht davon aus, dass Kinder ein 2 – 10 Mal höheres Risiko (je nach Krankheit) haben, später selber an einer psychischen Störung zu erkranken (vgl. Wiegand-Grefe et. al. 2011: 17). 60 % der Kinder von Eltern mit einer Major Depression entwickelten im Verlaufe ihrer Kindheit und Jugend eine psychische Störung. Dies ergab eine Analyse von Statistiken (Lenz 2012: 13). Dazu gehören z.B. Phobien, Panikstörungen, Suchterkrankungen, Einschränkungen in der Bindungsfähigkeit und mehr (vgl. ebd.). 50 % der behandelten Kinder in der Kinder- und Jugendpsychiatrie haben mindestens einen psychisch kranken Elternteil. Affektive und substanzbezogene Störungen kommen am meisten vor. Diese Zahlen machen deutlich, dass Kinder mit einem psychisch erkrankten Elternteil eine Hochrisikogruppe darstellen (vgl. ebd.). Dies erfordert möglichst frühzeitige, den individuellen Bedürfnissen und jeweiligen Lebenswelt betroffener Familien angepasste und passende Präventionsmassnahmen.

1.1.4 Ätiologie

Um die Ätiologie (Lehre von Krankheitsursachen) von psychischen Störungen in ihrer Komplexität zu verstehen eignen sich integrative Modelle am besten. Das „bio-psycho-soziale-Modell“ sowie das „Vulnerabilitäts-Stress-Modell (auch Diathese-Stress-Modell)“ sind für diese ganzheitliche Sichtweise von Bedeutung (vgl. Petermann et. al. 2018: 25). Für das bio-psycho-soziale Verständnis von Krankheit spielen biologische, psychologi-

sche und soziale Faktoren eine gleichwertige Rolle. Störungen bilden sich in einem dynamischen Wechselspiel dieser drei Bereiche heraus (vgl. ebd.: 25). Das „Vulnerabilitäts-Stress-Modell (auch Diathese-Stress-Modell) ergänzt das bio-psycho-soziale Modell mit dynamischen Aspekten. Nach dem Vulnerabilitäts-Stress-Modell entsteht eine psychische Störung bei einer „Schwellenüberschreitung“. Das heisst, in Lebensphasen höherer Vulnerabilität (Verletzlichkeit) braucht es weniger Stressoren um diese Schwelle zu überschreiten. Ob eine psychische Störung entsteht hängt nebst genetischen Faktoren von den psychosozialen Faktoren aber auch vom Zeitpunkt einer Erkrankung ab. Sich ändernde Lebensphasen, wie zum Beispiel Schuleintritt, Pensionierung oder kritische Lebensereignisse wie Scheidung oder Jobverlust werden ebenso berücksichtigt. Diese beeinflussen die Vulnerabilität eines Menschen (vgl. ebd. 28 f).

1.1.5 Sozio-ökonomische Situation

In der Studie von Gurny et. al. (2006) zeigte sich, dass Frauen mit psychischen Erkrankungen zu 43 % an Depression leiden. Die Lebenszeitprävalenz einer Major Depression liegt bei Frauen bei 21 % (Männer 13 %) (vgl. Baer et. al. 2013: 11). Es konnte nicht abschliessend geklärt werden, warum der Frauenanteil höher ist. Faktoren wie soziale Ungleichheit (weniger Macht und Anerkennung, geringerer Status, Rollenüberlastung u.a.) welche nach wie vor Frauen stärker betreffen, spielen dabei sicher eine wesentliche Rolle (vgl. ebd.). Zudem leiden Frauen öfter an chronischem, interpersonellem Stress als Männer. Alleinerziehende Mütter sind zu 50 % häufiger depressiv als solche mit Partner oder Partnerin. Sie gelten als Risikogruppe für eine Invalidisierung. Die Rückfallrate bei Depressionen ist trotz wirksamen Behandlungen gross. Depressionen nehmen mehrheitlich einen wiederkehrenden und chronischen Verlauf (vgl. ebd. 38). Depressionen führen nebst persönlichem Leid zu Beziehungsproblemen, Problemen am Arbeitsplatz inklusive Absenzen bis hin zu Invalidität. Der Anteil der IV-Berentungen aufgrund einer affektiven Störung nahm in den letzten Jahren kontinuierlich zu und belief sich im Jahre 2005 auf insgesamt 22 % , also insgesamt ein Fünftel aller IV-Fälle (im Vergleich zu 13 % zwischen 1991 und 1999) (vgl. ebd. 32).

Eine Erhebung bezüglich Bildungsstand beispielsweise zeigt, dass bei 37 % der Patientinnen und Patienten der obligatorische Schulabschluss die höchste abgeschlossene Ausbildung (Referenzbevölkerung 18 %) ist. 44 % haben einen Sekundar II Abschluss (Referenzbevölkerung 57 %) (vgl. Gurny et. al. 2006: 75). Weitere Erkenntnisse der Studie: Psychisch kranke Menschen sind laut der genannten Studie fünfmal häufiger arbeitslos als Gesunde. Bezüglich Herkunft zeigte sich, dass ca. zwei Drittel der Patientinnen

und Patienten Schweizer bzw. Schweizerinnen sind. Osteuropäer und Osteuropäerinnen sind mit 17 % (gegenüber 10 % in der Referenzbevölkerung) überrepräsentiert. Einem Vergleich mit der Referenzbevölkerung zu Folge haben Ausländer und Ausländerinnen mit 77 % gegenüber 63 % einen leicht höheren Anteil (vgl. ebd.: 73). Migration gehört damit zu den Risikofaktoren für eine psychische Erkrankung. Deutlich zeigen die Zahlen auch die ungleiche Situation in der Betreuungssituation. Frauen übernehmen demnach, trotz ihrer psychischen Erkrankung, mit einem Anteil von 30 % viel häufiger als Männer (2 %) die Betreuungspflicht für ihre Kinder. Diese Zahlen betreffen lediglich die in der Studie erfassten Personen, also solche welche ambulant oder stationär behandelt oder beraten werden. Bezüglich Geschlecht: Es besteht wohl eine nicht zu unterschätzende Dunkelziffer von alleinerziehenden Frauen, welche, zum Beispiel aus Angst vor Stigmatisierung oder, dass man ihnen die Kinder wegnimmt, die Krankheit zu verstecken versuchen und darum keine Hilfe in Anspruch nehmen. 30 % der Patientinnen sind alleinerziehend.

Kinder mit psychisch kranken Eltern wachsen oft unter ungünstigen familiären und sozialen Bedingungen auf, vor allem wenn sie mit dem betroffenen Elternteil zusammenleben. Oftmals zeigt sich eine Kumulation von psychosozialen Belastungsfaktoren, wie beispielsweise Arbeitslosigkeit der Eltern, Armut, ungünstige Wohnverhältnisse oder soziale Isolation. Ebenso verlieren Kinder wichtige Bezugspersonen durch die zersplitterten Familienstrukturen. Bei Kindern mit einem psychisch kranken Elternteil besteht ein 2 – 5 Mal höheres Risiko dazu, Vernachlässigung, Gewalt und sexuellen Missbrauch zu erleiden (vgl. Jungbauer 2016:11).

1.2 Fragestellung

Diese Arbeit befasst sich mit der Frage, welchen präventiven Beitrag die Soziale Arbeit im Kontext der Erwachsenenpsychiatrie leisten kann, um Kinder einer depressiv erkrankten Mutter in Belastungssituationen wirkungsvoll zu unterstützen.

Hauptfrage:

Welches sind die Lebensumstände, Risiko- und Schutzfaktoren von Kindern mit einer depressiv erkrankten Mutter, und wie kann die Soziale Arbeit für diese Angehörigengruppe präventiv wirken?

Unterfragen:

Wie wirkt sich eine depressive Erkrankung der Mutter auf das Kind aus?

Welches sind die Risiko- und die Schutzfaktoren von Kindern mit einer depressiv erkrankten Mutter?

Welche Form von Unterstützung brauchen Kinder mit einer depressiv erkrankten Mutter?

Welche Präventionsangebote lassen sich in der Schweiz und Deutschland exemplarisch darstellen für die Unterstützung von Kindern mit einem psychisch erkrankten Elternteil?

Was ist die Rolle der Sozialen Arbeit und wo finden sich diese in den Projekten wieder?

1.3 Vorgehen

Die Bedürfnisse der Kinder und die Frage, welche Unterstützung sie, bzw. ihre Eltern benötigen, um sich trotz der Belastungen gut zu entwickeln, steht in dieser Arbeit im Zentrum. Zur Beschreibung der Lebensumstände von depressiv erkrankten Müttern stützt sich die Autorin vor allem auf Studien von Albert Lenz, Johannes Jungbauer, Angela Plass und Silke Wiegand-Grefe. Die möglichen Auswirkungen der Krankheit sind zahllos. Es werden die wichtigsten und weitverbreitetsten Auswirkungen aufgezeigt und, soweit möglich, in kurz- und langfristige Auswirkungen aufgeteilt. Risiko- und Schutzfaktoren sind gründlich erforscht und werden in Kapitel 3 vorgestellt. In Kapitel 3 werden ebenso Coping-Strategien und Resilienzkenntnisse ausführlich beschrieben. Den Unterstützungsmöglichkeiten wird in zwei Unterkapiteln Raum gegeben: Dem individuellen Coping des Kindes (Kapitel 3.1.3) und der gesamten Familie (3.1.4). Zwei Projekte mit präventiven Ansätzen dienen exemplarisch dazu, aufzuzeigen wie Kinder und ihre Familien adäquate Hilfe erhalten und welche Rolle die Soziale Arbeit dabei spielt.

Diese Arbeit wird als Literaturarbeit verfasst. In den Definitionen werden die Eingrenzungen ersichtlich.

1.4 Eingrenzung und Definitionen

Gemäss den eingangs erwähnten Studien ist ein wesentlich grösserer Teil der Betroffenen weiblich. Deshalb stehen Mütter im Vordergrund. Bezüglich ihrer Erkrankung setzt

sich diese Arbeit mit affektiven Störungen auseinander, und legt den Fokus auf die Major Depression.

Die Autorin verzichtet hingegen auf eine detailliert-differenzierte Betrachtung des Alters der Kinder. Dazu müssten entwicklungspsychologische Erkenntnisse für eine alters- und entwicklungsgerechte Gestaltung von Angeboten und Interventionen berücksichtigt werden. Dies würde den Rahmen dieser Arbeit überschreiten. Einige Angebote werden in der Folge in der Arbeit angesprochen aber nicht vertieft.

1.4.1 Soziale Arbeit

Menschen mit psychischen Erkrankungen begegnet man in vielen Tätigkeitsfeldern der Sozialen Arbeit. In der Schule, in Tagesschuleinrichtungen (Schulsozialarbeit), in der offenen Kinder- und Jugendarbeit etc. Im Falle einer Gefährdung des Kindeswohls wo das Sorgerecht nicht mehr gewährleistet ist, können diverse Institutionen beigezogen werden: Die KESB (Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde), manchmal Jugendheime, Berufsbeistände oder die Kinder- und Jugendpsychiatrie. Für diese Arbeit ist die Erwachsenenpsychiatrie relevant, welche zu den Berufsfeldern Sozialer Arbeit innerhalb des Gesundheitswesens gehört. Im Fokus stehen „Menschen mit gesundheitlicher Beeinträchtigung, von Erkrankung bedrohte Menschen und ihre Angehörige“ (Avenir Social 2018 o.S.). Laut Avenir Social (vgl. ebd.) beinhaltet Soziale Arbeit demnach folgendes:

- „1 die Förderung sozialer Teilhabe und gelingender Lebensführung von Menschen, die direkt oder indirekt von gesundheitlicher Beeinträchtigung (krankheits- oder unfallbedingt) betroffen oder bedroht sind
- und
- 2 die Verhinderung Bewältigung sozialer Probleme, die aus gesundheitlichen Beeinträchtigungen entstehen bzw. zu diesen führen.“

Soziale Arbeit hat somit das Ziel und den Auftrag die Genesung, den Schutz und die Integration von Patienten und Patientinnen und deren Angehörige, in ihrer Lebenswelt zu fördern. Sie hat dabei das gesamte soziale System im Blick und geht in der Planung und Umsetzung von Interventionen systemisch vor. Dies geschieht unter Einbezug des Sozialen Umfeldes und in Kooperation mit anderen Akteuren im Hilfesystem. Der Sozialen Arbeit stehen verschiedene Methoden, wie z.B. Psychosoziale Beratung, Psychoedukation, Angehörigenarbeit, Netzwerkarbeit, Case Management und mehr zur Verfügung (vgl. Avenir Social 2018).

1.4.2 Gesundheitsdeterminanten

Das „Regenbogen-Modell“ (siehe Abbildung) von Whitehead und Dahlgren stellt mit seinem Schichtungsmodell übersichtlich dar, welche Determinanten auf verschiedenen Ebenen die psychische Gesundheit beeinflussen (vgl. Franzkowiak et al. 2011: 42). Es hilft erkennen, wo allenfalls Faktoren beeinträchtigend oder gefährdend wirken, wo es fördernde Faktoren gibt, die sich positiv auf die Gesundheit auswirken. Wie das Modell zeigt, existieren Risiko- und Schutzfaktoren auf allen Ebenen. Gesellschaftliche Rahmenbedingungen wirken sich auf die psychische Gesundheit der Menschen aus. Welches Verständnis von Gesundheit oder Krankheit in einer Gesellschaft vorherrscht, hat einen Einfluss auf die Politik die ihrerseits wiederum Rahmenbedingungen bestimmt und über die Finanzierung und Qualität von Unterstützungsangeboten mitentscheidet (vgl. ebd. 43 f).

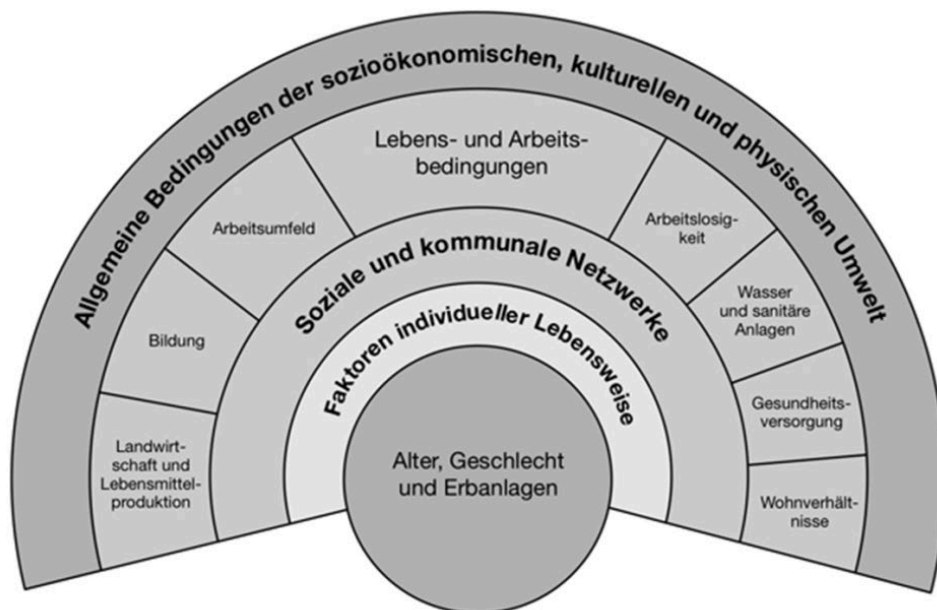


Abb. 1: Determinanten der Gesundheit (Dahlgren/Whitehead 1991)

Das Determinantenmodell beruht auf einem bio-psycho-sozialen Verständnis von Gesundheit, wie es in Kapitel 1.1.2 vorgestellt wurde. Es zeigt auf, dass die Ursachen für eine psychische Erkrankung nicht ausschliesslich beim Individuum zu suchen sind. Mit den sozialen Determinanten werden empirisch belegte Einflussfaktoren benannt, welche sich sowohl positiv wie negativ auf die psychische Gesundheit eines Menschen auswirken (vgl. Franzkowiak et. al. 2011: 44). Dies hat Folgen für das Verständnis zur Entstehung einer psychischen Krankheit und schliesslich für die Praxis der Prävention. Eine wirksame Prävention verfolgt sowohl das Ziel, Risikofaktoren zu vermindern, wie auch die Schutzfaktoren – auch präventive Faktoren genannt – zu stärken. Man spricht dabei auch von

„Verhaltens- und Verhältnisprävention“. In Kapitel Vier wird näher auf die verschiedenen Formen und Arten von Prävention bzw. auch Gesundheitsförderung eingegangen.

1.4.3 Affektive Störung / Depression

Die Symptome der Depression und die damit einhergehenden Beeinträchtigungen zeigen sich hauptsächlich auf vier Ebenen: der emotionalen Ebene, der kognitiven, der physiologischen und der motorischen Ebene. Als emotionale Symptome treten beispielsweise gedrückte Stimmung, Niedergeschlagenheit oder Traurigkeit hervor. Ebenso Reizbarkeit, das Gefühl von Leere, Ängstlichkeit bis hin zu Verzweiflung (vgl. Wittchen et. al. 2011: 880). Auf der kognitiven Ebene leiden Betroffene unter einem negativen Selbstkonzept und vermindertem Selbstwert, Schuldgefühlen, negativen Gedanken, Gedankenkreisen, Melancholie, bis hin zu Suizidgedanken. Weitere typische Symptome sind Konzentrations- und Entscheidungsschwierigkeiten (vgl. ebd.). Typische physiologisch-vegetative Symptome sind Müdigkeit, Interesse- und Antriebslosigkeit, wie auch Schlafstörungen, innere Unruhe, Appetitlosigkeit und Libidoverlust. Weitere Beeinträchtigungen im Verhalten, in der Interaktion und in der Motorik: Vermeidung von Blickkontakt, Verlangsamung der Sprache und Motorik in Form von zappeliger Unruhe, starre maskenhaften Mimik, Suizid u.a. (vgl. ebd.). Diese Aufzählung entspricht der F 32 Diagnose „Depressive Episode“ des ICD 10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems), welche depressive Störungen je nach Schweregrad, Dauer, Symptomen und der Frequenz der Krankheitsphasen unterscheidet.

Die sogenannte Major Depression gehört dabei zu den häufigsten Formen depressiver Störungen. Eine Major Depression kann als einzelne Episode oder rezidivierend auftreten. (vgl. Wittchen et. al. 2011: 881).

Bei der F32.0 Diagnose „Leichte depressive Episode“ zeigen Betroffene zwei bis drei der oben aufgeführten Symptome. In der Regel können die Betroffenen trotz der Beeinträchtigungen ihren Alltag im Grossen und Ganzen bewältigen. Bei einer als „Mittelgradige depressive Episode“ diagnostizierten Depression (F32.1, ICD-10) geht man von vier oder mehr Symptomen aus, die dazu führen, dass Betroffene grosse Schwierigkeiten haben ihren alltäglichen Aktivitäten nachzugehen. In dieser Arbeit geht es um die sogenannte „Schwere depressive Episode“ (F32.2, ICD-10). Sie zeigt sich durch die quälende Belastung mehrerer Symptome. Gerade der Verlust des Selbstwertgefühls, Gefühle der Wertlosigkeit und Schuldgefühle sind typisch für diese Episoden. Sie münden oft in Suizidgedanken und -handlungen und gehen meist einher mit körperlichen Symptomen (vgl. <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2020/block-f30-f39.htm>)

2 Auswirkungen der mütterlichen Depression

Für Familien, in denen die Mutter an einer Depression erkrankt, bedeutet dies eine Erschwerung der Lebens- und Alltagssituation. Die sozioökonomischen Gegebenheiten, (siehe Kapitel 1.1.5), das familiäre Netz und der Freundeskreis, Nachbarschaftsbeziehungen, die Dauer und Intensität der Erkrankung beispielsweise sind zentrale Aspekte, die bereits auf die Unterschiede der Belastungen sowie auf die Möglichkeiten an Unterstützung und Kompensation hindeuten. Zudem besteht die Gefahr, dass das Familienklima durch Disharmonien belastet wird.

2.1 Kurzfristige und langfristige Auswirkungen

Wie bereits in Kapitel 1 beschrieben, führt eine Depression zu erheblichen Veränderungen in der Wahrnehmung, dem Denken und dem Verhalten der betroffenen Person. Die Kinder sind mit Veränderungen im Verhalten der Mutter konfrontiert. Beispiele solcher Veränderungen sind: Die Mutter zieht sich zurück. Sie liegt möglicherweise viel im Bett und weint. Vielleicht kann sie den Haushalt nicht mehr bewältigen. Sie kocht und putzt nicht mehr. Die Familie verliert in der Folge die sozialen Kontakte (vgl. Lenz 2014: 91 - 93). Die Mutter wird überängstlich, überbehütend oder sie wird reizbarer (vgl. ebd.). Eine schwere depressive Erkrankung erzeugt beim Kind unter Umständen eine Verlust- oder Trennungsangst (vor allem wenn das Kind noch sehr jung ist) oder sogar eine Angst, dass sich die Mutter etwas antun könnte. Des Weiteren kann sich eine Klinikeinweisung aufgrund der depressiven Krankheit auf die Kinder traumatisierend auswirken. Ebenso kann es in der Folge der depressiven Erkrankung der Mutter zu einer „Parentifizierung“ kommen, einer sogenannten Rollenumkehr. Kinder übernehmen dann emotional oder im Bereich Haushaltsführung die Verantwortung und erfüllen sozusagen eine Eltern- oder Partnerfunktion. Aus den Untersuchungen von Lenz wurde deutlich, dass Kinder und Jugendliche sich mehr Information und Transparenz in Bezug auf die Krankheit des betroffenen Elternteils wünschen (vgl. Lenz 2005: 128 – 130).

Bei länger anhaltenden Erkrankungen und einem allfällig stationären Aufenthalt der Mutter stellt sich die Frage der Betreuung der Kinder und anderweitiger Hilfen im Haushalt etc. bis hin zu Platzierungen in Pflegefamilien (vgl. NAP: [https://www.angehoerige.ch/fileadmin/angehoerige/pdf/in\(formationen_fachleute/Fachmagazin/2018_2.pdf\)](https://www.angehoerige.ch/fileadmin/angehoerige/pdf/in(formationen_fachleute/Fachmagazin/2018_2.pdf)))

In ihrer Gesamtheit werden die Belastungen durch die Folgen der psychischen Krankheit der Mutter das Wohlbefinden der Kinder beeinträchtigen, und stellen ein Entwicklungsrisiko dar. Es zeigen sich zum Beispiel Entwicklungsverzögerungen, Verhaltensauffälligkeiten, unsichere Bindungsbeziehungen, schulische Einbussen oder Probleme bis hin zu klinisch relevanten Störungen (Depressionen, Substanzmissbrauch o.ä.) (vgl. Jungbauer 2016: 15).

Aus einer Studie über betroffene 5-jährige Kinder geht hervor, dass Chronizität und Schweregrad der mütterlichen Depression im Vergleich zu Kindern mit gesunden Eltern häufiger zu Problemverhalten oder Beeinträchtigungen in der kognitiven Entwicklung führen (vgl. Plass/Wiegand-Grefe, Silke 2012: 36). Die subjektiv erlebte Beeinträchtigung der Eltern hat einen wesentlichen Einfluss auf die psychische Gesundheit der Kinder (vgl. ebd.). Damit einher geht die Krankheitsverarbeitung der Eltern, die ihrerseits einen grossen Einfluss auf die emotionale Befindlichkeit und die Entwicklung der Kinder hat. Insbesondere ein tabuisierender und verleugnender Umgang mit der Krankheit kann sich negativ auf das Kind auswirken (vgl. ebd.: 37).

Untersuchungen von Jungbauer (2016: 16) deuten auf langfristige Auswirkungen für Kinder, die mit einem psychisch erkrankten Elternteil aufwachsen. Rund zwei Drittel der befragten heutigen Erwachsenen berichten, dass sich ihre Erfahrungen als Betroffene bis heute negativ auf ihre Persönlichkeitsentwicklung, ihren Selbstwert und ihr Wohlbefinden auswirken (vgl. Jungbauer 2016: 16). Bei mehr als der Hälfte geht dies mit Problemen in Paar- und Familienbeziehungen, eigenen psychischen Problemen einher, weshalb viele selbst psychiatrische Hilfe benötigen (vgl. ebd.).

Zudem deuten mehrere Studien darauf hin, dass eine psychische Erkrankung der Mutter sich stärker auf die Entwicklung der psychischen Gesundheit auswirkt, als wenn der Vater erkrankt (vgl. Plass/Wiegand-Grefe 2012: 67).

2.1.1 Tabuisierung

Das Unbehagen gegenüber psychischen Erkrankungen in unserer Gesellschaft setzt sich sozusagen in der Familie fort. Vielmals versuchen Familien eine solche zu verschweigen. Es herrscht ein implizites und zum Teil ein explizites Schweigegebot (vgl. Lenz 2005: 120). Die Krankheit und die damit verbundenen Probleme werden so zum Familienheimnis (vgl. Lenz, 2005: 120). Um nicht in einen Loyalitätskonflikt zu geraten wenden sich Kinder nicht an Vertrauenspersonen. So bleiben sie mit ihren Sorgen und Ängsten

alleine. Dieses Verschweigen und Verheimlichen kann zu einer Sprachlosigkeit führen, die es Kindern und Jugendlichen verunmöglicht über die Krankheit des Elternteils oder die erlebten Belastungen zu reden (vgl. ebd.). Durch die Tabuisierung in der Familie wird eine offene Kommunikation verhindert, was auch die Aufklärung und Verarbeitung der Krankheit beeinträchtigt. Während Eltern ihre Kinder schützen oder schonen wollen (und deshalb nicht offen über die Krankheit sprechen) schweigen Kinder ebenso. Sie wollen mit niemandem darüber reden, weil sie denken, sie würden sonst ihre Eltern verraten (vgl. Plass/Wiegand-Grefe 2012: 25).

2.1.2 Schuld- und Schamgefühle

Trotz einer zunehmenden Sensibilisierung und Aufklärung in der Gesellschaft bestehen nach wie vor Vorurteile gegenüber psychischen Erkrankungen. Das Verständnis und die Akzeptanz gegenüber Menschen mit einem physischen Leiden, erhalten Menschen mit einer psychischen Erkrankung bis heute oftmals nicht. Nach wie vor bestehen (unbewusst) Vorurteile, und eine unbegründete Annahme eines Selbstverschuldens. Wenn Betroffene diese gesellschaftliche Stigmatisierung verinnerlicht haben, hat dies negative Folgen auf den Krankheitsverlauf (vgl. Kupferschmid/Koch 2014: 23). Eine solche Stigmatisierung führt dazu, dass sie sich selbst die Schuld geben für die Folgen der Krankheit, wie zum Beispiel einen Arbeitsausfall. Sie schämen sich dafür, nicht mehr richtig zu „funktionieren“ und ihre Leistung in der Gesellschaft nicht erbringen zu können (vgl. ebd.: 23). Folgen abwertende Reaktionen aus dem Umfeld, verstärken sich diese lähmenden Gefühle. Rückzug ist die Folge.

Auch Kinder (vor allem die jüngeren) leiden an Schuldgefühlen. Sie fühlen sich unter Umständen verantwortlich für den schlechten Gesundheitszustand der Eltern. Bemerkenswert in der Studie von Lenz ist auch die Aussage von Kindern die sich geäußert haben, sie seien „frech und böse“ gewesen, weshalb ein Elternteil erkrankt ist (vgl. Lenz 2015: 93).

2.1.3 Stigmatisierung

Aus Angst vor Stigmatisierung (oder aufgrund von Tabuisierung) lassen sich Menschen nicht beraten oder psychiatrisch behandeln (vgl. Wiegand-Grefe et. al. 2011: 16). Dies verzögert oder verunmöglicht eine frühzeitige Unterstützung mit präventiver Wirkung. Nach wie vor haben manche Menschen das Gefühl eine psychische Krankheit sei keine „richtige“ Krankheit. Eine solche sei von selber überwindbar, wenn jemand dies wolle (vgl.

Mattejat/Lisowsky: 72). Stigmatisierungen im Falle von Depression können dazu führen, dass der Eindruck entsteht, jemand „wolle einfach nicht“, sei zu faul. Dabei wird nicht erkannt, dass die Person leidet und Hilfe bräuchte. Die Stigmatisierung in der Gesellschaft kann dazu führen, dass die Eltern und manchmal auch die Kinder abgewertet und ausgegrenzt werden (vgl. Jungbauer, 2016: 13).

2.2 Mutter-Kind-Interaktion und Beziehung

Depression geht oft mit emotionaler Nicht-Erreichbarkeit und passivem Verhalten einher. Durch eine schwere Depression ist die Befriedigung der Grundbedürfnisse von Kindern (z.B. Zuwendung, Anerkennung, Geborgenheit, Berechenbarkeit oder Sicherheit) beeinträchtigt. Die Auswirkungen sind je nach Entwicklungsphase des Kindes anders, wobei in Studien folgende typische Probleme erkannt wurden (vgl. Reininghaus/Jungbauer 2016: 226): Im Säuglings- und Kindesalter ist es besonders fatal, dass die Mutter aufgrund ihrer Depression in ihrer emotionalen Verfügbarkeit eingeschränkt ist. So sind zum Beispiel der Blick- und Körperkontakt, Lächeln und Sprechen zwischen Mutter und Kleinkind vermindert (vgl. ebd. Jungbauer 2016: 12). Dies begünstigt eine unsichere Bindung (beispielsweise Babys im Alter von 12 bis 18 Monaten wirken verunsichert). Als Folge zeigen Kinder im späteren Alter vermehrt Fehlanpassungen (z.B. in aggressivem Verhalten) und haben schlechtere Beziehungen zu Gleichaltrigen (vgl. Jungbauer 2016: 47 f).

Im Vorschul- und Grundschulalter stehen Erziehungsprobleme im Vordergrund. Mit Erziehung ist die „Herstellung einer optimalen Passung zwischen den altersgemässen Bedürfnissen des Kindes einerseits und der Gestaltung der Umwelt des Kindes andererseits“ gemeint (vgl. Plass/Wiegand-Grefe 2012: 39). Erziehungskompetenz beinhaltet die Fähigkeit für das Kind zu sorgen und ihm Schutz zu bieten, sowie als stabile und positive Vertrauensperson für das Kind da zu sein. Zur Erziehungskompetenz gehört auch Kommunikationsfähigkeit oder die Fähigkeit Grenzen zu setzen, zu fördern, eine Vorbildrolle einzunehmen und den Alltag zu organisieren und zu bewältigen (vgl. ebd.). Durch eine psychische Krankheit können Erziehungskompetenzen eingeschränkt sein. Dies kann sich in Erziehungsunsicherheit oder einem ungünstigen (autoritativen) Erziehungsstil zeigen (vgl. ebd.: 40 f). Beispielsweise indem Mütter Mühe haben Grenzen zu setzen, zu einem kontrollierenden, überbehütenden Erziehungsstil tendieren oder zwischen beidem hin und her pendeln. Im Gegensatz zu gesunden machen depressive Mütter seltener ermutigende, den Selbstwert stärkende Äusserungen zu ihren Kindern (vgl. Jungbauer 2016: 12). Bei älteren Kindern und Jugendlichen findet oft eine Rollenumkehr („Parentifizierung“) statt, wie sie im nächsten Kapitel noch ausführlicher beschrieben wird. Die Über-

forderung der Eltern führt schliesslich dazu, dass sie ihr Kind zu wenig in den zentralen Entwicklungsaufgaben wie z.B. der Ablösung und Selbständigkeit unterstützen können (vgl. Jungbauer 2016: 12).

Kinder werden verunsichert und desorientiert durch das Erleben der Krankheit der Mutter und können deren Probleme oftmals nicht einordnen. Gerade auch, wenn in der Familie nicht darüber gesprochen wird.

Nicht selten führen elterliche Konflikte zu einer Trennung oder Scheidung. Bis heute verbleibt in der Folge das Sorgerecht und damit der Grossteil der Erziehungsverantwortung mehrheitlich bei der Mutter (vgl. Plass/Wiegand-Grefe: 2012: 39).

2.2.1 Parentifizierung

Man spricht auch von Rollenumkehr, wenn Kinder eine fürsorgende Rolle in der Familie übernehmen. Allgemein wird zwischen einer destruktiven und adaptiven Form der Parentifizierung (Rollenumkehr) unterschieden (vgl. Ohntrup et. al. 2011: 377). Bei letztgenannter wird das Kind in seinen Entwicklungsmöglichkeiten nicht eingeschränkt. Es erhält von seinen Eltern Anerkennung für die Aufgaben, welche es in seiner Rolle übernimmt. Ebenso erhält es Unterstützung anderer Familienmitglieder. Das Kind entwickelt durch die Verantwortungsübernahme soziale Kompetenzen und Problemlösefähigkeiten (vgl. ebd.: 392). Die Situation wirkt sich positiv und stärkend auf dessen Selbstbewusstsein aus und stärkt seine Empathiefähigkeit (vgl. ebd.: 377). Eine destruktive Parentifizierung hingegen wirkt sich negativ auf die Entwicklung des Kindes aus. Die kindlichen Grundbedürfnisse nach Fürsorge und Anerkennung werden nicht mehr befriedigt. Das Kind übernimmt in unangemessener Weise Verantwortung und Fürsorge, wobei es eigene kindliche Bedürfnisse unterdrückt (vgl. ebd.).

Zudem wird zwischen instrumenteller Parentifizierung - welche die Übernahme von Aufgaben zum Beispiel im Haushalt meint - und emotionaler Parentifizierung unterschieden. Bei der emotionalen Parentifizierung wird von den Kindern in nicht adäquater Weise Liebe und Zuneigung eingefordert. Dazu gehört, dass mit den Kindern Themen besprochen werden, die nicht altersadäquat sind, oder dass sie sogar als Partnerersatz gesehen werden. Dies zum Beispiel, wenn sie eine schlichtende, tröstende Rolle in Partnerschaftskonflikten der Eltern übernehmen sollen, oder die Einsamkeit eines Elternteils kompensieren sollen (vgl. ebd. Kupferschmid/Koch 2014: 19). Die emotionale Parentifizierung stellt die grössere Belastung für Kinder dar und ist in der Wirkung bedrohender (vgl. Ohntrup 2011: 378). Langzeitfolgen einer destruktiven Parentifizierung können sich beispielsweise in

einem instabilen oder niedrigen Selbstwert, in Ablösungs- und Identitätsproblemen bis hin zu einer Depression im Erwachsenenalter zeigen (vgl. ebd.: 378).

Gerade für Depressionen typische Symptome wie Antriebslosigkeit, sozialer Rückzug oder das Gefühl von Inkompetenz kann dazu führen, dass Kinder eine emotionale Stützfunktion übernehmen (vgl. Müller 2008: 146f). Ältere Kinder übernehmen unter Umständen erzieherische Aufgaben der jüngeren Geschwister und organisieren Einkäufe und Haushalt. Diese Kinder wirken oft reif und kompetent. Es besteht jedoch die Gefahr, dass sie durch ihre Anpassungsleistungen und das stete Hinten-anstellen eigener Bedürfnisse und Grenzen auch im Erwachsenenleben Mühe haben selbstbestimmt und eigenständig für sich einzustehen (vgl. ebd.: 146). Durch das grosse zeitliche Engagement in der Aufgabenübernahme reduzieren sich Aussenkontakte. Es bleibt kaum Zeit für Peers, zum Lernen oder dem Nachgehen eines Hobbys. In manchen Fällen kommen Schlafmangel, Konzentrationsschwierigkeiten, geringere Schulleistungen dazu. Hohe emotionale Bedürfnisse von Eltern können beim Kind das Gefühl auslösen, nie genügen zu können (vgl. ebd.: 21).

3 Individuelle und familiäre Bewältigung der mütterlichen Depression

Im diesem Kapitel geht es um die Frage, wie sowohl Kinder und Familie mit den Belastungen umgehen und wie deren Resilienz gestärkt werden kann. Diese Frage soll anhand des Risiko- und des Schutzfaktorenkonzeptes beantwortet werden. Das Risikofaktorenkonzept gibt Hinweise auf mögliche Gefährdungen für eine gesunde Entwicklung eines Kindes und wird in Unterkapitel 3.1.1 vorgestellt. In Kapitel 3.1.2 werden die zentralen protektiven Faktoren des Schutzkonzeptes dargelegt, Ressourcen aufgezeigt, und die Frage geklärt, wie Kinder, bzw. ihre Familien, gestärkt werden können. Unter 3.2 wird die Bedeutung der gewonnenen Erkenntnisse dargelegt und die Folgen für die Praxis aufgezeigt, damit den Kindern präventive Unterstützungsmöglichkeiten angeboten werden können.

3.1 Coping und Resilienz

Als Coping (deutscher Begriff: Bewältigung) werden die Bemühungen eines Menschen verstanden, mit Belastungen umzugehen. Die Bezeichnung „Coping“ geht hervor aus dem „Transaktionalen Stresskonzept“ von Lazarus und Folkman (1984). Psychischer Stress entsteht im Spannungsfeld zwischen Individuum und seiner Umwelt. Die Anforderungen der Umwelt übersteigen die Ressourcen bzw. die Bewältigungsmöglichkeiten eines Individuums und gefährden damit sein Wohlergehen (vgl. Wustmann 2015: 76). Wie ein Individuum eine Stresssituation wahrnimmt und bewertet wird geprägt von seinem Selbstbild und seiner subjektiven Wahrnehmung. Das Coping wird davon bestimmt, welche Ressourcen einer Person in stressreichen Lebenssituationen zur Verfügung stehen, damit sie konstruktive Denk-, Empfindungs- und Verhaltensstrategien aktivieren kann (vgl. Lenz 2012: 25). Das heisst, dass im subjektiven Bewertungsprozess eine Einschätzung in Bezug auf die Bedeutung des Stressereignisses erfolgt. Dieses wird als Herausforderung, Bedrohung oder Verlust/Schaden wahrgenommen, anschliessend bewertet und mit vergangenen Erfahrungen ähnlicher Situationen verglichen. Je nach Einschätzung der „eigenen Handlungs-, Bewältigungs- und Kontrollmöglichkeiten“ in einer bedrohlichen Situation, bevorzugt eine Person eine bestimmte Bewältigungsstrategie (vgl. Wustmann 2015: 77). Coping-Strategien lassen sich annäherungsweise in „defensive“ und „aktive“ Coping-Strategien unterteilen. Eine weitere Differenzierung wird in Bezug auf ihre Funktion anhand vier typischer „Stile“ von Bewältigungstypen vorgenommen (vgl. Lenz 2012: 25):

- **„Problemorientierte Bewältigung“**: Direkter Umgang mit Stressor, Problem wird aktiv angegangen, Lösungen gesucht, gefolgt von konkreten Handlungen.
- **„Internale, emotionsregulierende Bewältigung“**: Es geht weniger um die Veränderung der Situation sondern um innere Anpassung bzw. Regulierung von psychischen und körperlichen Reaktionen. Konstruktiv emotionsregulierende Funktionen sind z.B. sich ablenken und an etwas Schönes denken, sich entspannen können. Eine destruktive Form wäre z.B. den Ärger an anderen auszulassen.
- **„Suche nach sozialer Unterstützung“**: Suche nach konkreter Hilfe und Rat (problemlösend), wie auch Suche nach Verständnis und Trost (indirekt emotionsreguliert).
- **„Problemmeidung“**: Zeigt sich in Passivität als Versuch Probleme zu verleugnen oder ihnen aus dem Weg zu gehen (vgl. ebd.)

„Resilienz meint eine psychische Widerstandsfähigkeit von Kindern gegenüber biologischen, psychologischen und psychosozialen Entwicklungsrisiken“ (vgl. Wustmann 2015:

18). Resilienz ist kein angeborenes Persönlichkeitsmerkmal, sondern wird als „dynamischer Anpassungs- und Entwicklungsprozess“ (vgl. ebd. 2015: 28) an die sozialen Bedingungen verstanden. Sie beschreibt die Fähigkeit eines Menschen, eines Paares oder einer Familie besonders belastende Lebensumstände bewältigen und überwinden zu können. Es geht also darum, wie eine Stresssituation wahrgenommen wird und auf welche Art und Weise sie bewältigt (Coping) wird. Die Resilienzforschung benennt protektive Faktoren, die das Risiko für ein Kind mit einem kranken Elternteil offensichtlich verringert, später selber eine psychische Störung zu entwickeln (vgl. Lenz 2005: 17). Das Wissen über mögliche Risiko- und Belastungsfaktoren hilft der Sozialen Arbeit in der gemeinsamen Suche mit den Adressatinnen und Adressaten, einerseits wirksame Hilfeleistungen in Akutsituationen zu erarbeiten. Andererseits gibt dieses Konzept wertvolle Hinweise für die Planung und Umsetzung präventiver Interventionen und Angebote.

3.1.1 Risikofaktoren

Risikofaktoren werden definiert als „krankheitsbegünstigende, risikoerhöhende und entwicklungshemmende Merkmale“ (vgl. Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2019: 21). Diese gefährden unter Umständen die gesunde Entwicklung eines Kindes (vgl. ebd.). Das aufgrund dieser Tatsache entwickelte Risikofaktorenkonzept unterscheidet zwei verschiedene Gruppen von Merkmalen. Einerseits geht das Modell von sogenannten Vulnerabilitätsfaktoren aus, die dem Kind zugeordnet sind. Damit sind biologische und psychologische Merkmale des Kindes gemeint. Man spricht auch von Defiziten, Defekten oder Schwächen eines Kindes (vgl. Wustmann 2015: 37). Hier wird unterschieden zwischen „primären Vulnerabilitätsfaktoren“ (z.B. genetische Disposition) und „sekundären Vulnerabilitätsfaktoren“ (z.B. negatives Bindungsverhalten) (vgl. ebd.). Die zweite Gruppe betrifft die psychosozialen Risikofaktoren (auch Stressoren genannt), die in der Familie oder im sozialen Umfeld zu verorten sind (z.B. kritische Lebensereignisse, Interaktionsverhalten der Eltern). Die Mannheimer Risikostudie (Scheithauer / Petermann 1999) konnte hierzu aufzeigen, dass diese zweitgenannte Gruppe sich stärker entwicklungshemmend auswirkt (vgl. Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2019: 21).

Prof. Dr. Corina Wustmann (Professorin für Pädagogische Psychologie an der PH Zürich) hat die Ergebnisse massgebender Studien aus der Risikoforschung zusammengetragen und die zentralen Risikofaktoren herausgearbeitet. Die Risiko- und Vulnerabilitätsfaktoren werden folgend analog ihrer Liste aufgeführt (vgl. Wustmann 2016: 38 – 39):

Primäre Vulnerabilitätsfaktoren:

Prä-, peri- und postnatale Faktoren (z.B. Frühgeburt, Geburtskomplikationen, Erkrankung des Säuglings) / neuropsychologische Defizite / psychologische Faktoren (z.B. sehr niedriges Aktivitätsniveau) / genetische Faktoren (z.B. Chromosomenanomalien) / chronische Erkrankungen (z.B. Asthma, Krebs) / schwierige Temperamentsmerkmale (z.B. frühes impulsives Verhalten, hohe Ablenkbarkeit) / geringe kognitive Fähigkeiten: niedriger Intelligenzquotient, Defizite in der Wahrnehmung und sozial-kognitiven Informationsverarbeitung (vgl. Wustmann 2016: 38)

Sekundäre Vulnerabilitätsfaktoren

unsichere Bindungsorganisation / geringe Fähigkeit zur Selbstregulation und Entspannung (vgl. ebd.)

Risikofaktoren / Stressoren:

niedriger sozioökonomischer Status, chronische Armut / ungünstiges Wohnumfeld (Wohngebieten mit hohem Kriminalitätsanteil) / chronische familiäre Disharmonie / Trennung oder Scheidung der Eltern / Alkohol- oder Drogensucht der Eltern / elterliche psychische Störungen, Erkrankungen / Kriminalität der Eltern / Obdachlosigkeit / Abwesenheit eines Elternteils / alleinerziehender Elternteil / Erziehungsdefizite oder ungünstige Erziehungspraktiken (z.B. inkonsequent, zurückweisend, Uneinigkeit bezüglich den Erziehungsmethoden, körperliche Strafen, geringes Beaufsichtigungsverhalten, Desinteresse gegenüber dem Kind etc.) / häufige Umzüge, Schulwechsel / Migrationshintergrund in Verbindung mit niedrigem sozioökonomischen Status / Soziale Isolation der Familie / Ablehnung durch Gleichaltrige / und weitere (vgl. ebd. 38f)

Traumatische Erlebnisse:

Natur- oder von Menschen verursachte Katastrophen (z.B.: Brände, Atomreaktorunfall etc.) / Kriegs- und Terrorerlebnisse, Vertreibung und Flucht / Schwere (Verkehrs-) Unfälle / Tod oder schwere Erkrankungen eines oder beider Elternteile und weitere (vgl. ebd.: 40).

Neben einem erhöhten genetischen Risikofaktor sind es vor allem die psychosozialen Belastungsfaktoren welche sich auf die Entwicklung der psychischen Gesundheit eines Kinds auswirken können (vgl. Wiegand-Grefe/Halverscheid/Plass 2011: 21). Umgekehrt haben Faktoren wie eine stabiles, unterstützendes Familienklima oder eine gute sozioökonomische Lebenslage einen begünstigenden Einfluss zur Genesung. Des Weiteren stellt ein einzelner Risikofaktor nicht per se eine Gefährdung für die Kindesentwicklung

dar. Eine schlechte sozioökonomische Lebenslage beispielsweise muss keine negative Auswirkung auf die psychische Entwicklung eines Kindes haben (vgl. Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2019: 25). Wenn innerhalb der Familie gleichzeitig ein wertschätzender gegenseitiger Umgang herrscht, die Eltern unterstützend agieren und die Familie in ein stabiles soziales Netz aus Freunden und Verwandten integriert ist, besteht möglicherweise kein Risiko einer Entwicklungsgefährdung. Anders sieht es aus, wenn mehrere Risikofaktoren vorhanden sind. Es ist vor allem die Kumulation von mehreren Belastungsfaktoren aber auch die Dauer einer Belastung welche eine Gefahr darstellen (vgl. ebd.: 25f).

In Ergänzung zur oben dargestellten Aufzählung der allgemeinen Risikofaktoren nach Wustmann, lohnt es sich, die Liste der Risikofaktoren von Silke Wiegand-Grefe und Angela Plass zu betrachten. Wiegand-Grefe und Plass unterscheiden spezifische Risikofaktoren (in Zusammenhang mit einer psychischen, elterlichen Erkrankung) folgendermassen (vgl. Plass/Wiegand-Grefe 2012 : 39f)

Risikofaktoren der Eltern:

wenig emotionale Verfügbarkeit / psychische Labilität der Eltern / Erziehungsunsicherheit / fehlende Durchsetzungs- und Abgrenzungsfähigkeit / u.w. (vgl. ebd.: 39)

Risikofaktoren Familie:

belastetes konfliktreiches Familienklima / Störungen in der Kommunikation der Familie / Tabuisierung der Erkrankung / u.w. (vgl. ebd. 42)

Risikofaktoren der Kinder:

Vernachlässigung / eine hohe (destruktive) Parentifizierung / längere Trennungserlebnisse (insbesondere in jungen Jahren) /emotionale Instabilität / Aggressivität / Rückzugstendenzen / Passivität und weitere (vgl. Wiegand-Grefe et. al. 2011: 23).

3.1.2 Schutzfaktoren

Dank Längsschnittstudien wie der „Kauai-Studie“ (Werner/Smith 1992), der „Mannheimer Risikokinderstudie (Laucht et. al 1994) und anderen, konnten sogenannte generelle Schutzfaktoren für eine gesunde psychische Entwicklung von Kindern herausgearbeitet werden (vgl. Lenz in Jungbauer 2016: 55). Bei den Schutzfaktoren handelt es sich um psychologische Merkmale oder Eigenschaften in der sozialen Umwelt, welche sich durch eine protektive Wirkung auszeichnen und die dazu beitragen, negative Auswirkungen ei-

nes Risikofaktors zu vermindern (Wustmann 2016: 45). Wustmann bezieht sich auf Rutter (1985), welcher eine Abgrenzung zwischen generellen entwicklungsförderlichen Bedingungen und einem risikomildernden Schutzfaktor unterscheidet. Damit meint er, dass erst von einem Schutzfaktor gesprochen werden kann, wenn tatsächlich eine Gefährdung vorliegt und Schutzfaktoren aktiv werden um ein Risiko zu mildern (vgl. Wustmann 2015: 45). Zu den Schutzfaktoren zählen „personale Ressourcen“ sowie „soziale Ressourcen“. Diese lassen sich in drei Einflussebenen (Kind, Familie sowie ausserfamiliäres, soziales Umfeld) einteilen. Folgend soll eine Auswahl der zentralsten Aspekte der bekannten Schutzfaktoren dargestellt werden. Die Auswahl bezieht sich auf eine Zusammenfassung von Wustmann (2015: 17):

Personale Ressourcen:

Kindbezogene Faktoren: Positive Temperamenteigenschaften (flexibel, aktiv, offen) / Intellektuelle Fähigkeiten / Erstgeborenes Kind / Weibliches Geschlecht (in der Kindheit) (vgl. Wustmann, 2015: 115)

Resilienzfaktoren:

Positives Selbstkonzept und Selbstvertrauen / Hohe Selbstwirksamkeitserwartungen / Problemlösefähigkeiten / Stressbewältigungsfähigkeiten / Aktives und flexibles Bewältigungsverhalten (z.B. Fähigkeit soziale Unterstützung zu holen, sich entspannen können) / Hohe Sozialkompetenz: Empathie/Kooperations- und Kontaktfähigkeit (verbunden mit guten Sprachfertigkeiten) und Anpassungsfähigkeiten / Talente, Interessen, Hobbys / Kreativität / Körperliche Gesundheitsressourcen (vgl. ebd.)

Soziale Ressourcen:

Familiäre Ressourcen:

Sichere Bindungserfahrung: mindestens eine stabile Bezugsperson, die Vertrauen und Autonomie fördert / Elterliche Wärme, positives Familienklima / Autoritativer, demokratischer Erziehungsstil (emotional positives, unterstützendes und strukturierendes Erziehungsverhalten) / Interesse der Eltern am Leben des Kindes / Zusammenhalt, Stabilität und konstruktive Kommunikation in der Familie (vgl. ebd.)

Ressourcen im erweiterten sozialen Umfeld:

Unterstützendes familiäres Netzwerk (Verwandtschaft, Freunde, Nachbarn) / Im weiteren sozialen Umfeld: Kompetente, fürsorgliche und Vertrauen fördernde Erwachsene ausserhalb der Familie, die Vertrauen fördern, Sicherheit vermitteln und als positive Rollenmodelle dienen (z.B. Grosseltern, Nachbarn, Freunde, Erzieher, Lehrer) / Ein-

bindung in Gruppen, Vereine oder religiöse Vereinigungen / Einbindung in unterstützendes und anregendes Peer-Netzwerk (vgl. ebd. 116)

In den Bildungsinstitutionen:

Klare, transparente und konsistente Regeln und Strukturen / Wertschätzendes Klima / Positive Peerkontakte und Freundschaftsbeziehungen / Förderung von Basiskompetenzen (Resilienzfaktoren) / Zusammenarbeit mit dem Elternhaus und anderen sozialen Institutionen (vgl. ebd.)

Professor Dr. Jungbauer verweist auf Studien von Lenz und ergänzt und benennt Schutzfaktoren, welche im Speziellen für Kinder mit einem psychisch kranken Elternteil eine protektive Wirkung haben (vgl. Jungbauer 2016: 18): Dazu zählt er:

„das Vorhandensein einer psychisch gesunden erwachsenen Bindungs- bzw. Bezugsperson (z.B. eines gesunden Elternteils), die Defizite des erkrankten Elternteils kompensieren kann“ (vgl. ebd.) / Information und Aufklärung über die psychische Krankheit des Elternteils die frühzeitig und alters- und entwicklungsangemessen erfolgt. / Ein Familienalltag und eine Eltern-Kind-Beziehung welche sich der Krankheit angemessen gestaltet sowie Bewältigungsstrategien welche sich im Umgang mit der psychischen Krise und den Folgen bewähren. / Als Schutzfaktor gilt auch die Krankheitseinsicht und das Problembewusstsein von Eltern welches eine Voraussetzung für ein verantwortliches Verhalten und ein Bemühen um tragfähige Lösung darstellt (vgl. ebd.).

Es gibt Schutzfaktoren die bedeutsamer in ihrer Wirkung sind als andere. Zu den bedeutendsten Schutzfaktoren gehört die „sichere Bindung“. Alle Studien belegen, dass eine kontinuierliche, wertschätzende, emotional warme Beziehung zu mindestens einer erwachsenen Person der wichtigste Resilienz fördernde Faktor ist (vgl. Fröhlich-Gildhoff 2019: 32).

Es wichtig, die Schutzfaktoren differenziert zu betrachten. Die einzelnen Schutzfaktoren können nicht für sich alleine betrachtet werden (vgl. ebd. 31). Natürlich sind nicht bei jedem Kind sämtliche Schutzfaktoren vorhanden. Das bedeutet aber nicht automatisch, dass sie nicht resilient sind und belastende Situationen nicht bewältigen können. Es ist grundsätzlich wichtig, dass Kinder sich unterstützt fühlen und die Erfahrung machen dürfen, Aufgaben zu bewältigen und Einfluss zu nehmen (vgl. Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2019: 31).

3.1.3 Wechselwirkung von Risiko- und Schutzfaktoren

Risiko- und Schutzfaktoren sind in wechselseitiger Beziehung und beeinflussen sich gegenseitig. Dieses komplexe Zusammenspiel kommt in der folgenden Darstellung von Petermann et. al. (2004) gut zum Ausdruck (vgl. Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse: 33):

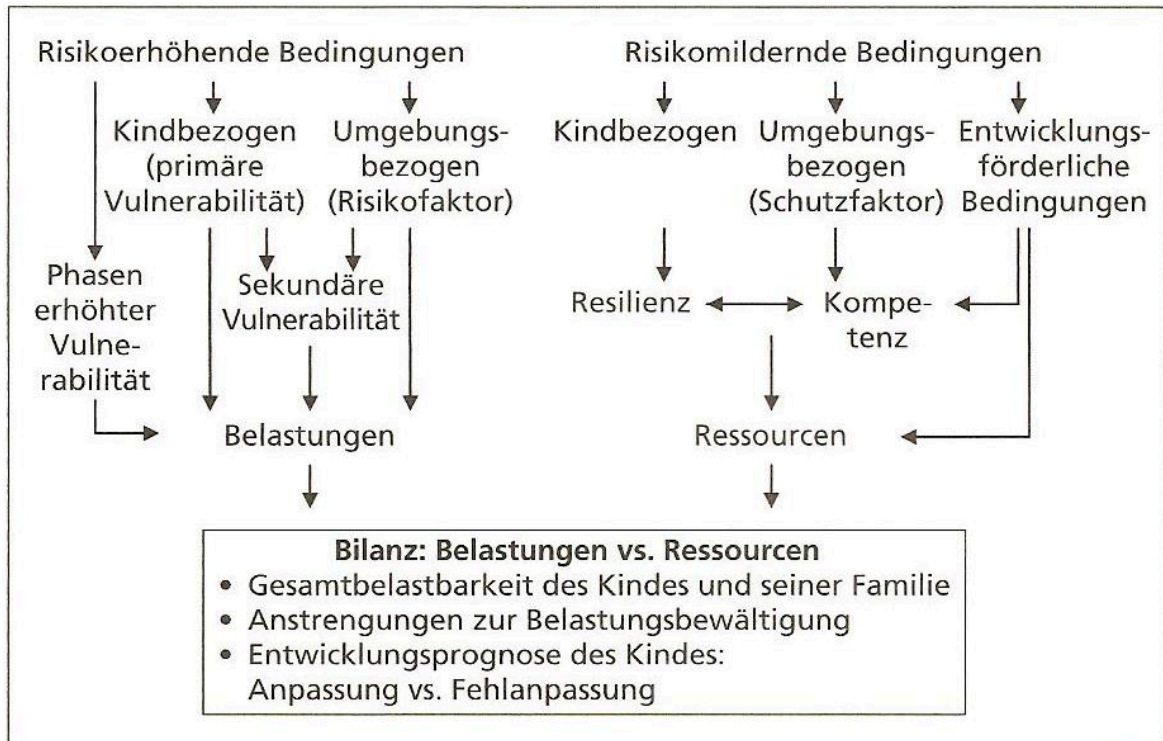


Abb. 2: Zusammenspiel von risikomildernden und risikoerhöhenden Bedingungen (Petermann et. al. 2004) (vgl. Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2019: 33).

3.1.4 Individuelles Coping und Resilienz Kind

Jungbauer (2016: 14) stellt in seinem Buch drei verschiedene Bewältigungstypen vor, die in Studien (vgl. Kuhn/Lenz/Jungbauer 2011; Lenz et. al 2011) zur Stressverarbeitung bei Kindern festgestellt werden konnten. Diese sind:

„Typ 1 – Aggressive Bewältigung“: Diese Kinder verfügen über wenig kognitiv-emotionale Strategien um die Stressbelastung zu reduzieren. Sie suchen kaum soziale Unterstützung, sondern verarbeiten die Belastung in aggressivem Verhalten (verbal oder körperlich). „Typ 2 – Kontrollierende Bewältigung“: Vordergründig scheinen diese Kinder die Situation gut zu bewältigen, suchen nach praktischen Lösungen und übernehmen Verantwortung. Sie haben Mühe sich abzugrenzen oder sich abzulenken und sind daher besonders gefährdet für eine destruktive Form der Parentifizierung. „Typ 3 – Moderate Be-

wältigung“: Diese Kinder zeigen ein unauffälliges, flexibles Muster der Bewältigung von Stress. Mit „Bagatellisierung / Normalisierung, Ablenkung und Entspannung“ verfügen sie über Strategien um die Belastungen zu reduzieren. Aggressives Verhalten oder Situationskontrolle kommen vor, sind aber weniger markant (vgl. Jungbauer 2016: 14).

Mit Bezug auf Studien von Lenz (2005) verweist Jungbauer darauf, dass sich Kinder trotz eines meist hohen Unterstützungsbedürfnisses selten aktiv um Hilfe im sozialen Umfeld bemühen (vgl. Jungbauer 2016: 15). Die Studie stellt fest, dass Kinder sehr wohl Hilfe in „neutralen Bereichen“ wie beispielsweise Hausaufgaben oder Haushalt Hilfe einfordern. Dies aber kaum in Bezug auf die Belastungen mit der psychischen Erkrankung eines Elternteils (vgl. ebd.). Der grössere Teil der betroffenen Kinder und Jugendlichen neigt somit zu „defensiven, passiv-vermeidenden Bewältigungsstrategien“, zum Beispiel indem sie sich zurückziehen, Sorgen und Ängste unterdrücken bzw. für sich behalten oder sich in Fantasiewelten flüchten (vgl. ebd. Lenz 2005: 117). Sie haben ein Gefühl eines drohenden Kontrollverlustes. Die Einschätzung der Kontrollierbarkeit ist für Kinder oft schwierig (vgl. Wustmann 2015: 78). Bei jüngeren Kindern steht meist ein problemorientiertes Coping-Verhalten im Vordergrund, während emotionsregulierende Strategien im späteren Kindheits- und Jugendalter zunehmen (vgl. ebd.). Eine innere aktive Auseinandersetzung und positive Ablösung und Distanzierung zum erkrankten Elternteil löst oftmals Schuldgefühle aus bringt die Kinder und Jugendlichen in Loyalitätskonflikte (vgl. ebd. Lenz 2005: 118).

Kinder, die sich trotz schwerwiegender Beeinträchtigungen gut entwickeln, während andere unter ähnlichen Belastungen psychisch krank werden, gelten als resiliente Kinder (vgl. Wustmann: 18). Bei der Resilienz geht es aber nicht nur darum, dass ein Kind keine psychischen Auffälligkeiten entwickelt. Resilienz wird auch dadurch erlangt, dass ein Kind altersangemessene Fähigkeiten und Kompetenzen erwerben und erhalten kann (vgl. Wustmann 2015; 20).

Resilienz ist keine feste Grösse. Die Fähigkeit, mit belastenden Ereignissen umzugehen kann sich verändern. Im Laufe der kindlichen Entwicklung können sowohl neue Risikofaktoren dazukommen, oder es können sich neue Ressourcen herausbilden (vgl. Wustmann 2015: 30). Bei Kindern und Jugendlichen erhöht sich die Verletzlichkeit während Entwicklungsübergängen, wie z.B. dem Eintritt in die Schule oder dem Beginn der Pubertät (vgl. Wustmann 2015: 30 f). Resilienz bezeichnet sozusagen das Gegenstück von Vulnerabilität.

Kinder sind vielen Belastungsfaktoren ausgeliefert auf welche sie weder Kontrolle noch Einfluss haben (vgl. ebd.). Den Eltern obliegt das familiäre Coping. Ein gutes Familienklima und ein aktiver und offener Umgang mit den Belastungen helfen dabei (vgl. Lenz 2012: 29). Grundsätzlich sind betroffene Kinder zur Bewältigung der Belastungen auf ihre Eltern angewiesen, da ihre Bewältigungsstrategien begrenzt sind (vgl. Lenz 2012: 28).

3.1.5 Familiäres Coping und Resilienz

Eine psychische Krankheit wirkt sich immer auf die ganze Familie aus und beeinflusst deren Beziehungs- und Kommunikationsmuster. Die Frage, wie die Familie als Ganzes eine Krise oder länger anhaltende Belastungen bewältigt, wie sie ihre Ressourcen nutzen kann und mit neuen Erkenntnissen und Fähigkeiten gestärkt wird, und somit an der Situation wachsen kann, steht im Vordergrund.

Dr. Froma Walsh, PhD Chicago Center for Family Health, entwickelte das Modell der Familienresilienz auf der Grundlage der Erkenntnisse aus der Resilienzforschung von Emmy Werner weiter. Hier stehen nicht mehr die familiären Defizite im Vordergrund, sondern deren Stärken und Potentiale (vgl. Walsh 2012: 48). Indem die Resilienz einer Familie gefördert wird, können dysfunktionale Momente vermieden oder abgemildert werden, sowie das Wohlbefinden aller Familienmitglieder gestärkt werden (Walsh 2012: 49). Walsh beschreibt das Konzept familialer Resilienz als klinischen Ansatz mit einer systemischen Perspektive. Unter diesem systemischen Verständnis stehen nicht die einzelnen Familienmitglieder im Zentrum, sondern das „Wechselspiel zwischen Risiko und Resilienz in der Familie als Funktionseinheit“ (Walsh 2012: 46). Mit einer systemischen Sichtweise wird ein zu enger Fokus auf die Eltern-Kind-Dyade vermieden. Die Familie wird als Einheit betrachtet. Diese erweiterte Betrachtungsweise bezieht z.B. auch Geschwister-, Paar- oder Verwandtschaftsbeziehungen mit ein und ermöglicht es innerhalb dieser Beziehungsnetze Ressourcen zu finden und zu aktivieren (vgl. Walsh 2012: 46).

Auf der Grundlage verschiedener Studien aus der Resilienzforschung können zentrale „Schlüsselprozesse der Resilienz“ benannt werden, welche dazu beitragen, Belastungen und Vulnerabilitäten zu mildern. Familiäre Schlüsselprozesse zeigen sich in der Art und Weise wie eine Familie mit Belastungen umgeht. Ob die Funktionsweise einer Familie zusammenbricht, oder ob sie sich als resilient gegen die Belastungen erweist. In diesem Sinne befähigen Schlüsselprozesse der Resilienz ein Familiensystem, mit Belastungen in konstruktiver Weise umzugehen (vgl. ebd. 47). Walsh fasste verschiedene Studien zusammen. Darin entdeckte sie Schlüsselprozesse der Resilienz in drei Bereichen der familiären Funktionsweise (vgl. ebd. 60), nämlich

in den „Überzeugungen der Familien“:

Dazu gehört zum Beispiel die Art und Weise (Einstellung) wie eine Familie Belastungen wahrnimmt, was sie für eine Einstellung zur Krankheit hat, ob sie die Krankheit als Herausforderung (und nicht als unüberwindbar) anschaut, ob sie daran glaubt die Krise gemeinsam zu überstehen. Eine wichtige Rolle spielt in diesem Zusammenhang das Gefühl von Kohärenz. Damit ist gemeint, ob die Familie die Krise als sinnhaft, verstehbar und handhabbar erlebt. Etc. (vgl. Walsh 2006: 60).

in den „organisatorischen und strukturellen Mustern der Familie“:

Diese können sich beispielsweise in der Offenheit für Veränderungen und der Fähigkeit einer Familie, sich auf Neues einzustellen zeigen. Oder in der „Verbundenheit“ einer Familie, die sich in gegenseitigem Respektieren von Bedürfnissen, gegenseitiger Unterstützung und Verbindlichkeit zeigen kann. Eine wichtige Rolle spielen hier auch die sozialen und ökonomischen Ressourcen der Familie (vgl. Walsh 2006: 61).

in der „Kommunikation und Lösung von Problemen“:

Dazu zählt eine Kommunikation die sich durch Klarheit und Eindeutigkeit und dem Bestreben nach Wahrheitssuche auszeichnet. Weiter von Bedeutung ist, ob in der Familie über Gefühle gesprochen wird, ob ein empathischer und toleranter Umgang herrscht. Ruhepausen, Humor, Möglichkeiten gemeinsam Probleme zu lösen, wie z. B. durch gemeinsame Entscheidungsfindung, eine Fokussierung auf Ziele (vgl. Walsh 2006: 62).

Die von Walsh identifizierten Schlüsselprozesse können dabei helfen, mögliche brachliegende Ressourcen innerhalb der Familie zu aktivieren oder zu prüfen, wo eine Familie Unterstützung benötigt um ihre Ressourcen zu stärken. Zum familiären Coping gehört auch die Fähigkeit, mit krankheitsbedingten Veränderungen im Alltag sowie allfälligen Neudefinitionen der Rollen in der Familie umzugehen. Fällt die Mutter wegen einer längeren depressiven Episode aus (beispielsweise stationäre Betreuung), wirkt sich dies auch auf die Rollenverteilung aus. Wer übernimmt die Betreuung und den Haushalt? Wer sorgt für das Einkommen? Die Umstände verändern sich fließend je nach Krankheitsverlauf und verlangen immer wieder neue Anpassungen in der Familienstruktur (vgl. Müller 2008: 148). Somit bekommen die sozialen und ökonomischen Ressourcen, als auch ein funktionierendes soziales Netz eine elementare Bedeutung (vgl. Müller, 2008: 147f).

3.2 Folgen für die Praxis: Unterstützungsbedürfnisse der Kinder und Eltern

Grundsätzlich kann davon ausgegangen werden, dass Kinder mit einem psychisch erkrankten Elternteil die jeweiligen Belastungen erfolgreicher bewältigen und sich gesünder entwickeln, je mehr Schutzfaktoren auf den verschiedenen Ebenen vorhanden sind. Die Stärkung von Ressourcen ist darum eine der Hauptzielsetzungen für präventive Massnahmen (vgl. Jungbauer: 2016: 18). Die jeweiligen Risiko- und Schutzfaktoren geben konkrete Hinweise darauf, wo eine Intervention anzusetzen hat, um Kinder in der Bewältigung der schwierigen Bedingungen zu unterstützen und sie in der Entwicklung ihrer Resilienz zu stärken. Damit ein Präventionsprogramm für Hochrisikokinder wirksam ist, sollte es möglichst umfassend, intensiv und flexibel sein sowie nicht zu kurzfristig angelegt sein. Es braucht zudem kompetente und fürsorgliche Erwachsene welche die Kinder unter Umständen über mehrere Jahre hinweg begleiten können (vgl. Werner 2008: 28f).

Eine dem kognitiven und dem emotionalen Entwicklungsstand angepasste Informationsvermittlung über die Krankheit der Eltern hilft Unsicherheiten, Ängste und Stress der Kinder zu minimieren (vgl. Sollberger et al. 2008: 162). Es bedarf einer alters- und entwicklungsadäquaten Aufklärung der Kinder über die Depression der Mutter (vgl. Lenz 2016: 57). Dabei geht es um mehr als nur Information und Wissensvermittlung bezüglich Krankheitsbild, Therapie oder Medikation. Lenz betont, wie wichtig es ist, sich an den Fragen und Bedürfnissen der Kinder zu orientieren. Man müsse von den inneren Bildern und Erklärungsmuster der Kinder ausgehen und auf spezifische Familiensituationen eingehen (vgl. ebd.). Das Wissen soll den Kindern und Jugendlichen weitere Handlungsmöglichkeiten vermitteln und ihnen schliesslich auch Hoffnung und Mut und eine positive Zukunftsperspektive vermitteln (vgl. ebd.). Aufklärung über die Krankheit hilft auch Schuldgefühle abbauen. Kinder oder Jugendliche verstehen in der Folge zum Beispiel besser, dass sie keine Schuld daran haben, dass es der Mutter nicht gut geht, sondern, dass die Ursache in der Krankheit liegt.

Kinder sollten dahingehend gefördert werden, dass die Entwicklung ihrer Kompetenzen zur Problemlösung gestärkt werden. Eine Möglichkeit dazu ist, dass Kinder in einem Problemlösetraining geeignete Problemlösestrategien kennen und anwenden lernen (vgl. Jungbauer 2016: 29). Dabei erproben sie instrumentelle, kognitiv-emotionale oder auch vermeidende Strategien (vgl. ebd.). Wichtig erscheint auch, dass Kinder in ihren sozialen Kompetenzen gefördert werden. Dazu gehört beispielsweise, dass sie ermutigt werden,

Unterstützung im Umfeld (z.B. beim Lehrer, oder einer anderen Vertrauensperson) zu holen (vgl. ebd.).

Eltern sind sich der Probleme bezüglich der Erziehung meist bewusst. Sie wissen, dass sie durch die Krankheit ihre Elternrolle nicht mehr immer gut erfüllen können (Scherer/Lampert 2014: 116). Psychisch erkrankte Eltern wünschen und benötigen Unterstützung in Form von Entlastung im Alltag wie beispielsweise bei der Kinderbetreuung oder im Haushalt. Dies erscheint gerade mit Blick auf eine depressiv erkrankte Mutter wichtig, da ihr durch ihre erkrankungsbedingte Antriebslosigkeit oft die Kraft dafür fehlt. Alleinerziehende mit wenig familiären Unterstützungsressourcen wünschen sich neben diesen praktischen Hilfestellungen auch emotionale Unterstützung von Professionellen (vgl. Jungbauer 2016: 24).

Damit eine psychiatrische Behandlung erfolgreich ist, müssen Eltern sich in ihrer Elternrolle von den Institutionen ernstgenommen und unterstützt fühlen. Dies hilft den Eltern sich auf eine Behandlung einzulassen. Mitunter kommt es gerade bei alleinerziehenden Eltern teilen oder Müttern sonst oft zu vorzeitigen Behandlungsabbrüchen (Netzwerk Angehörige Psychiatrie Edition 2018: S 2).

Manche Eltern haben Mühe sich im Hilfesystem zurechtzufinden oder sich aktiv zu bemühen. Andere zweifeln am Nutzen der Angebote oder möchten ihre Probleme alleine regeln (Stichwort Misstrauen gegenüber KESB, Angst vor Bevormundung, unter Umständen Eingeständnis der eigenen Unfähigkeit) (vgl. Jungbauer 24f). Aus diesen Annahmen könnte man implizit ableiten, dass Präventions- Angebote welche der Erwachsenenpsychiatrie angegliedert sind, eine höhere Erfolgchance haben. Die Eltern stehen diesen Angeboten offener gegenüber.

Verschiedene Studien bestätigen, dass es für eine gute Planung passender und wirksamer Unterstützungsangebote eine „familiensystemische“ Betrachtung braucht, in welcher sowohl die Wahrnehmung und Bedürfnisse der Kinder wie auch die der Eltern mit einbezogen werden (vgl. Jungbauer 2016: 10). Auch Modelle wie das der Schlüsselprozesse von Walsh (siehe Kapitel 3.1.4) geben wichtige Hinweise für Interventionen, die darauf abzielen die Resilienz von Familien zu stärken. Wie bereits erwähnt ist auch wichtig, dass die Eltern wie die Kinder (altersadäquat) Informationen zur Krankheit erhalten. Nebst Informationen durch Broschüren kann es hilfreich sein, wenn sie durch Fachleute der Psychiatrie oder auch der Sozialen Arbeit begleitet werden. Wissen über die Krankheit hilft Schuldgefühle verringern. Ein verbessertes Wissen und Verständnis in Bezug auf die müt-

terliche Erkrankung hilft den Kindern die Situation besser einzuschätzen. Dadurch fühlen sie sich weniger hilflos.

Jegliche Begleitung durch Institutionen der Sozialen Arbeit oder der Psychiatrie ist allerdings nur möglich, wenn keine Widerstände von Betroffenen vorhanden sind. Beispielsweise in Bezug auf eine Parentifizierung bedarf es eines behutsamen Vorgehens von Seiten der Professionellen. Unter Umständen hat ein Kind seine Rolle bereits internalisiert und zieht vielleicht einen Gewinn daraus, indem es sich wichtig und einzigartig fühlt (vgl. Kupferschmid/Koch 2014: 21). Dies erhöht seinen Selbstwert. Eltern können sich bedroht fühlen, wenn ihre Quelle von Trost, Zuwendung, Rat wegbrechen sollte. Durch Psychoedukation zur Aufklärung von Folgen destruktiver Parentifizierung kann die betroffene Mutter oder auch der Vater zu einer Beratung oder Therapie motiviert werden. Schliesslich geht es darum die Rollen innerhalb der Familie zu klären und Ressourcen zu aktivieren (z.B. Freizeitaktivität von Kind oder Netzwerke) (vgl. Kupferschmid/Koch 2014, 21).

Einer Studie (Diez Grieser et. al.: 2020) zu Folge liegen die Gründe, warum Eltern klassische Angebote (für Elternschaft und Kinderthemen) oft nicht in Anspruch nehmen, in örtlichen, zeitlichen oder finanziellen Hindernissen (vgl. ebd. o.S.). Laut der Bedarfserhebung wünschen sich Eltern unter anderem konkrete Hilfe im Alltag und niederschwellige Angebote (ohne Voranmeldung), praktische Beratung sowie Elterngruppen. Im Rahmen der Erwachsenenpsychiatrie haben Eltern mehrheitlich das Verlangen, dass Themen rund ums Elternsein mehr Raum erhalten. Die Studie kommt zum Schluss, dass wenn den Eltern innerhalb der Erwachsenenpsychiatrie proaktiv bedürfnisorientierte Angebote gemacht werden können, diese von Eltern in Anspruch genommen werden und so einen wichtigen Beitrag zur Stressverminderung geleistet werden kann. (vgl. ebd.)

4 Prävention

Prävention (Krankheitsverhütung) hat zum Ziel physische oder psychische Krankheiten (Störungen) zu vermeiden oder zu verringern (vgl. Franzkowiak: 2011: 217). Sie kann zeitlich unterteilt werden in Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention. Primärprävention wird angewendet, bevor eine Krankheit oder Störung eingetreten ist. Mit Primärprävention wird versucht, das Eintreten einer Krankheit oder Störung durch Verringern eines Risikos zu vermeiden oder zu vermindern. (vgl. ebd.). Sekundäre Prävention möchte Krankheiten

früh erkennen und behandeln. Mit einer Tertiären Prävention sollen Folgeschäden bei bereits vorhandener Krankheit verhindert oder vermindert werden.

Des Weiteren wird je nach Spezifität und Grad der Gefährdung unterschieden. Hierbei werden ebenfalls drei verschiedene Formen der Prävention benannt: „Universelle Prävention“, welche sich an die Allgemeinheit richtet und sich an die ganze oder Teile der Bevölkerung richtet. „Selektive Prävention“ zielt auf Risikogruppen, bei welchen eine potentielle Gefährdung der Entwicklung vermutet wird. Drittens, die „Indizierte Prävention“, welche sich an Risikopersonen- und Gruppen richtet, bei denen die Belastungen und Risikofaktoren gesichert bzw. sich bereits in Störungen manifestiert haben (vgl. Franzkowiak 2011: 220).

Als weitere wichtige Kategorien wird unterschieden zwischen „Verhaltensprävention“ (Ziel ist eine Änderung im Verhalten) und „Verhältnisprävention“ (Veränderungen im Umfeld).

Für eine wirksame Prävention sind die in Kapitel drei vorgestellten Erkenntnisse aus der Risiko- und Resilienzforschung (Resilienz, Risiko- und Schutzfaktorenkonzept) massgebend. Präventionsinterventionen gründen auf diesen Theorien und Konzepten. Prävention und Gesundheitsförderung will somit die Risikofaktoren bekämpfen, bzw. die Schutzfaktoren auf- und ausbauen. Wichtig für die Ausgestaltung von Präventionsprogrammen ist auch die Berücksichtigung des Alters und der Entwicklungsphase des Kindes, dessen Fähigkeiten und Bedürfnisse.

Idealerweise sind präventive Unterstützungsangebote für Kinder mit einem psychisch erkrankten Elternteil familienorientiert konzipiert und beziehen in einem Gesamtkonzept das ganze Familiensystem mit ein. Zu den Angeboten für die Kinder (z.B. Gesprächs- und Freizeitgruppen) welche wichtig für die Entlastung und die Förderung sind, braucht es flankierende Beratungsangebote für die Eltern (vgl. Jungbauer 2016: 30). Präventionsangebote sollten Ressourcen der Kinder als auch der Eltern fördern. Eine Grundvoraussetzung für eine solche präventive Hilfe ist ein vertrauensvolles, kooperatives Arbeitsbündnis mit den Eltern. Erfahrungen aus der Praxis zeigen, dass vor allem niederschwellige Angebote (z.B. Familien- und Erziehungsberatungsstellen) von Familien geschätzt und genutzt werden (vgl. ebd: 31).

4.1 Rolle der Sozialen Arbeit in der Prävention

Sozialarbeitende unterstützen die Menschen die sie begleiten darin, gesund zu bleiben, indem sie diesen helfen, ihre Ressourcen zu erkennen und Handlungsmöglichkeiten, im Umgang mit herausfordernden Situationen, (weiter-) zu entwickeln. Ferner gehört es zu

den Aufgaben und Kompetenzen der Sozialarbeit eine unterstützende Infrastruktur anzubieten und zum Beispiel auch Präventionsprojekte zielgruppenspezifisch und lebensweltorientiert zu planen und durchzuführen.

Prävention versucht vorausschauend Probleme zu erkennen und in Überforderungs- und Belastungssituationen frühzeitig vorbeugend zu agieren (vgl. Thiersch H. / Grundwald K. 2004: 26). Soziale Arbeit setzt ihre präventiven Interventionen in der Regel als primäre und sekundäre Prävention auf den Ebenen Kind, Familie und soziales Umfeld um. Eliane Siegenthaler und Stephan Kupferschmid (2014: 54) haben zentrale Zielsetzungen für eine wirksame Prävention für Kinder und Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil festgehalten. Diese richten sich in erster Linie an psychologische Fachpersonen, können aber zu einem grossen Teil auch für Interventionen der Sozialen Arbeit adaptiert werden. Ohnehin überschneiden und ergänzen sich diese in einigen Bereichen und sind nicht immer trennscharf auseinander zu halten. Gerade im Kontext der Psychiatrie gehört eine interdisziplinäre Zusammenarbeit unbedingt dazu. Therapeutische und sozialarbeiterische bzw. sozialpädagogische Interventionen sollen sich in sinnvollerweise ergänzen.

In der Familie kann zum Beispiel die Kommunikation oder die Erziehungsfähigkeit verbessert werden. Innerhalb von Elterngruppen können Scham- und Schuldgefühle thematisiert und eine Tabuisierung durchbrochen werden (vgl. Kupferschmid/Koch 2014: 54). Mit Fokus auf das Kind kann im Rahmen von entwicklungsangemessener Psychoedukation die Krankheit der Mutter altersgerecht erklärt werden und so ebenfalls eine Tabuisierung gebrochen werden. Prävention für Kinder zielt auf die Förderung der Resilienz, die Stärkung der Selbstwirksamkeit oder die (Weiter-) Entwicklung von sozialen Kompetenzen (vgl. ebd.). Und nicht zuletzt gehört auch die Reduktion von Risikofaktoren im Umfeld dazu. Sozial isolierte Familien werden in der Verbesserung ihrer sozialen Integration auf bestmögliche Art und Weise unterstützt (vgl. ebd.).

5 Präventionsprojekte – 2 Fallbeispiele

Im folgenden Kapitel werden exemplarisch zwei Präventionsprojekte - davon eines aus Deutschland (AKisiA) und eines aus der Schweiz (wikip) - vorgestellt und anhand der unter Kapitel 3 vorgestellten Theorien und Konzepte vergleichend diskutiert. Es wird aufgezeigt, mit welchen Strategien und Methoden die Projekte (oder einzelne Komponenten daraus) das Coping und die Resilienz der Kinder bzw. der Familie als Ganzes fördern.

5.1 AKisiA

Entstehungsgeschichte und Hintergrund

Das Konzept von AKisiA –„Auch Kinder sind Angehörige! Hilfen für Kinder psychisch erkrankter Eltern“ - geht zurück auf die Initiative der Aachener Selbsthilfeinitiative „Psychiatriepatientinnen und –paten e.V.“ Diese wollte ein Hilfsangebot für Kinder psychisch erkrankter Eltern aufbauen und wandte sich mit ihrem Anliegen an Prof. Dr. Jungbauer (vgl. Magolei et. al. 83). Schliesslich entwickelte eine Studentin der Sozialen Arbeit (Vera Magolei) im Rahmen ihrer Diplomarbeit und in fachlicher Begleitung von Prof. Dr. Jungbauer das Konzept AKisiA.

Ziele

AKisiA ist ein präventives Hilfsangebot im Einzugsgebiet der Stadt Aachen und richtet sich an Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil mit minderjährigen Kindern (vgl. Magolei: 101). Das Konzept wurde als bedarfsorientiertes Hilfeangebot mit einer kindzentrierten, präventiven Ausrichtung entwickelt. Es bezieht im Sinne einer systemischen Perspektive die ganze Familie mit ein. Das Ziel ist die Vorbeugung bei drohenden Entwicklungsproblemen und psychischen Störungen von Kindern mit einem psychisch erkrankten Elternteil.

Angebote

Den Familien steht ein breites Angebot an Unterstützung zur Verfügung, welches sie in der Bewältigung ihrer belasteten Situation unterstützt. Im folgenden Abschnitt werden die verschiedenen konzeptuellen Bausteine bzw. Angebote von AKisiA kurz vorgestellt. Auf einige ausgewählte Aspekte wird ausführlicher eingegangen, während andere Bausteine erwähnt, aber in dieser Arbeit nicht näher beschrieben werden (vgl. ebd.)

Angebote für betroffene Kinder und Jugendliche:

Individuelle Einzelberatung / Gruppen für Kinder, Psychoedukation, Psychodrama /
Gruppen für Jugendliche / Telefonsprechstunde

Psychoedukative Gruppen bieten in Form von Kursen eine altersangemessene Aufklärung sowie Kontakt und Austausch mit anderen betroffenen Kindern an. Während 10 – 12 Wochen finden wöchentlich Treffen in altershomogenen Gruppen mit maximal 8 Kindern

statt. In diesem geschützten Rahmen können sich die Kinder mit der Krankheit des betroffenen Elternteils auseinandersetzen (vgl. Magolei et.al. 2016: 104). Sie lernen über gemachte Erfahrungen zu sprechen, über ihre Gefühle, und wie sie damit umgehen. Damit erweitern sie ihre Coping Strategien. Die Kinder sollen erkennen, dass sie mit ihren Belastungen nicht alleine sind. Zum Kurs gehört auch, dass die Kinder eine Vertrauensperson bestimmen und gemeinsam ein Notfallplan erarbeitet wird, auf den die Kinder in Krisenzeiten zurückgreifen können. Sich soziale Unterstützung zu holen, ist ein wichtiger Resilienzfaktor (vgl. ebd. 2016: 107f). Im Rahmen des Kurses erhalten die Kinder die Gelegenheit, Bewältigungsstrategien anderer Kinder kennen zu lernen, und so in ihren Problemlösekompetenzen gestärkt zu werden. Resilienzfaktoren wie Selbstvertrauen oder Stressbewältigungsfähigkeiten werden durch den Kurs gefördert. Somit in der Folge auch ihre sozialen Ressourcen (vgl. ebd.).

Angebote für Eltern und Bezugspersonen:

Information und Beratung in psychiatrischen Kliniken / Erziehungsberatung / Gruppenbegleitende Elternarbeit / Beratung von Partnern oder Bezugspersonen

Ziel in der Arbeit mit Eltern oder anderen wichtigen Bezugspersonen ist es, ihnen die Angst vor einer Inanspruchnahme einer Unterstützung zu nehmen. Sie werden in Erziehungsfragen beraten. Austausch mit anderen betroffenen Eltern, sowie eine Entlastung im Alltag soll ermöglicht werden (vgl. ebd.: 110).

Durch die psychische Belastung sind die Eltern stark auf sich selber fokussiert. Deshalb sollen sie darin unterstützt werden, die Bedürfnisse der Kinder wahrzunehmen und sich für deren Grundbedürfnisse zu sensibilisieren (vgl. ebd.: 111). Der konstruktive Umgang mit der eigenen Krankheit, das Befreien von Schuld- und Schamgefühlen sollen Teil der Beratung sein. Es soll geklärt werden, welche professionelle Hilfeangebote sinnvoll wären (vgl. ebd.)

Angebote für die ganze Familie:

Familiengespräche, Systemische Familienberatung / Angebote, Unterstützung familiärer Freizeitaktivitäten

Ziele der Arbeit mit der ganzen Familie sind die Stärkung der Eltern-Kind-Beziehung und der interfamiliären Kommunikation, als auch die Förderung der familiären Ressourcen. Weitere Ziele sind die Unterstützung und Vermittlung von Hilfen, eine positive Freizeitgestaltung sowie das Erleben von Gemeinsamkeit und Unbeschwertheit (vgl. Magolei et. al. 2016: 114).

Analog zu den Angeboten für die Eltern und andere Bezugspersonen sollen im Rahmen der systemischen Familienberatung ein offener Umgang mit der psychischen Krankheit angestrebt werden. In den Familiengesprächen wird gemeinsam ein neuer familiärer Umgang mit der Krankheit entwickelt und versucht Problemlösungspotentiale zu aktivieren. Die Familiengespräche können auch genutzt werden um gemeinsam einen Notfallplan zu erarbeiten oder das persönliche soziale Hilfenetz der Familie aufzubauen.

Ebene Öffentlichkeit, Institutionen (Fachberatung, Netzwerk- und Öffentlichkeitsarbeit):

Fachberatung und Schulungen / Interinstitutionelle Vernetzung / Sensibilisierung, Lobby- und Öffentlichkeitsarbeit

Die interinstitutionelle Kooperation ist ein wichtiger Bestandteil der Arbeit von AKisiA. So können betroffene Kinder mit einem psychisch erkrankten Elternteil umfassend und systematisch unterstützt werden (vgl.: 96). Zu den Aufgaben des Netzwerkes gehört unter anderem der Austausch über die Ziele der Zusammenarbeit, gegenseitige Fortbildungen, Sensibilisierung und Aufklärung der Fachöffentlichkeit, fallbezogene Absprachen und mehr (vgl. ebd. 97). Ein weiterer zentraler Aspekt der Arbeit von AKisiA ist die Öffentlichkeits- und Aufklärungsarbeit in der Bevölkerung. Die involvierten Stellen sollen für die Thematik sensibilisiert werden. Dazu werden zum Beispiel Fachberatungen, Fachveranstaltungen oder Workshops durchgeführt (vgl. ebd. 99).

5.2 „wikip“ Winterthurer Präventions- und Versorgungsprojekt für Kinder psychisch kranker Eltern“

Entstehungsgeschichte und Hintergrund

Die Integrierte Psychiatrie Winterthur – Zürcher Unterland (iwp) und das Sozialpädiatrische Zentrum (SPZ) des Departementes Kinder- und Jugendmedizin am Kantonsspital Winterthur (KSW) widmete sich bereits im Jahre 2003 dem Thema „Kinder psychisch kranker Eltern“ und gründete dazu die interdisziplinäre Arbeitsgruppe (AG Familienpsychiatrie). Auf ihre Initiative hin wurde 2006 die Winterthurer Prävalenzstudie (Gurny et. al 2006) durchgeführt. Wikip (Winterthurer Präventions- und Versorgungsprojekt für Kinder psychisch erkrankter Eltern) entstand 2010 als Folgeprojekt vor dem Hintergrund der Erkenntnisse besagter Studie. Ziel des Projektes wikip war es, die Suche nach Lösungen um die psychiatrische und psychosoziale Versorgung von Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil zu verbessern (vgl. Albermann et. al.). Um dies zu erreichen, schuf wikip „ein Netzwerk aus den wichtigsten Partnern der Erwachsenen-, Jugend- und Kinderpsychiatrie, der Jugend- und Familienhilfe, der Sozialhilfe, der Schule und der Ärzteschaft“ (vgl. iks: <https://www.kinderseele.ch/uber-uns/wikip-netzwerk/>). Nach dem Vorbild eines integrierten Versorgungsmodelles wurde so eine breit abgestützte Netzwerkzusammenarbeit aufgebaut, welche auch konkrete Hilfs- und Behandlungsmassnahmen beinhaltet (vgl. Albermann et. al. o.S.). Wikip versteht sich heute als regionales Netzwerk, zu dem auch das iks (Institut Kinderseele Schweiz) gehört (vgl. ebd.)

Ziele

Im Zentrum des Winterthurer Versorgungs- und Präventionsprojektes wikip steht die Netzwerkorientierung. Alle zentralen Akteure (innerhalb der ganzen Psychiatrieregion Winterthur) rund um das Thema Familie mit einem psychisch erkrankten Elternteil sind Teil davon. In dieser Versorgungsstruktur gibt es ein breites Angebot an Hilfeleistungen und Unterstützungsmassnahmen der verschiedenen Leistungserbringer und Institutionen, welche verknüpft und in einem Gesamtangebot zusammengeschlossen werden (vgl. Kupferschmid/Koch 2014: 43).

Durch möglichst frühzeitige und rasche Hilfen sollen Kinder mit psychisch belasteten Eltern die Chance auf eine gesunde Entwicklung erhalten. Die Angebote helfen dabei, dass die belastende Situation der betroffenen Familien frühzeitig erkannt werden.

Angebote

Im Rahmen des Projektes wikip wurden verschiedene Massnahmen etabliert. Nebst einer Verbesserung der Kooperation zwischen den verschiedenen Akteuren im Versorgungssystem war ein weiterer Schwerpunkt die Weiterbildung und Sensibilisierung von Fachpersonen sowie der Öffentlichkeit. Eine informative Homepage (siehe www.kinderseele.ch) wurde entwickelt, welche sowohl für Betroffene, ihre Angehörige wie auch für Fachpersonal Wissen und Informationen bereithält.

Das iks (Institut Kinderseele Schweiz) welches Teil des regionalen Netzwerks Winterthur Zürich Unterland ist setzt auf überregionaler Ebene ihre Netzwerk- und Präventionsarbeit fort. Es bietet folgende Angebote an:

- www.kinderseele.ch, mit umfassenden Infos und Tipps; Die verschiedenen Zielgruppen (Kinder- und Jugendliche / Eltern / Familie, Freunde, Umfeld / Fachpersonen, Schule) werden in verschiedenen Rubriken direkt angesprochen. Spezifische Fragen in den einzelnen Rubriken und Antworten richten sich in gut verständlicher Sprache direkt an die jeweilige Zielgruppe.
- Beratungsstelle in Winterthur
- Telefon-, Online-Beratung und Peer-Chat (auf Wunsch anonym)
- Übersicht Entlastungs- und Unterstützungsangebote nach Kantonen
- Kurzfilme (Erklärvideos)

Im folgenden Abschnitt werden die Angebote welche als sogenannte „wikip Angebote“ weitergeführt wurden vorgestellt. Die Übertitel entsprechen den Bezeichnungen auf der Webseite (vgl. <https://www.kinderseele.ch/uber-uns/wikip-netzwerk/>):

Begleitete Patenschaften:

Erweiterung belasteter Familien mit einer Person ausserhalb der Familie als zusätzliche Bezugsperson für die Kinder

Das Angebot richtet sich an Kinder aus Familien mit psychisch belasteten Eltern, denen nur begrenzt oder gar kein soziales Netzwerk Unterstützung bieten kann. Durch die Patin

oder den Paten als Vertrauensperson (dies kann auch eine Familie sein) werden belastete Familien durch eine Vertrauensperson extern unterstützt (vgl. <https://www.fujh.ch/begleitete-patenschaften/>). Die Paten und Patinnen arbeiten ehrenamtlich, werden aber fachlich begleitet. Paten und Patinnen sollen nicht die Rolle von Ersatzeltern übernehmen, sondern dienen als weitere Beziehungsressource für Kinder bzw. die ganzen Familie. In welcher Regelmässigkeit und Form diese Begleitung erfolgt, wird auf die individuellen Bedürfnisse des Kindes und seiner Familie abgestimmt. Möglich sind wöchentliche Nachmittage, Wochenenden oder Ferien. Kinder erhalten so Kontakt zu einer zusätzlichen erwachsenen Bezugsperson, und damit die Chance einen anderen Alltag kennen zu lernen (vgl. ebd.)

Informations- und Beratungsstelle bzw. Anlauf- und Triagestelle:
Erstbeurteilung und Vermittlung von weiterführenden Hilfeleistungen

Die „wikip Anlauf- und Triagestelle“ bietet eine kostenlose Beratung für Betroffene wie auch für Fachpersonen an. Es dürfen sich auch Personen aus dem privaten oder beruflichen Umfeld an die Anlaufstelle wenden. Weiter bietet die Stelle Beratungen für Fachpersonen aus dem psychiatrischen, sozialen, schulischen und behördlichen Versorgungsnetz (Region Winterthur und Zürich Unterland) an. Umfassen die Beratungen mehr als vier Gespräche, wird auf die entsprechenden zuständigen Fachstellen oder Praxen weiterverwiesen (vgl. ebd.)

Kinderbetreuung in Krisensituationen:

Geschulte Freiwillige entlasten vorübergehend Familien in Krisensituationen in ihrem Alltag mit den Kindern

Mit diesem Angebot können den Familien in akuten Krisensituationen rasch und unkompliziert Hilfe geleistet werden. Freiwillige unterstützen die Eltern vorübergehend in der Kinderbetreuung. Damit sollen die Familien auf ihrem Weg aus der Krise gestärkt werden (vgl. <https://www.fujh.ch/kinderbetreuung-in-krisensituationen-kibek/>)

Elterngruppen:

Moderierte Treffen für psychisch belastete Eltern

In den Elterngruppen geht es um eine Sensibilisierung für die Auswirkungen der eigenen Erkrankung sowie darum Schuld- und Schamgefühle abzubauen und die eigenen Bewältigungsstrategien weiterzuentwickeln. Weiter werden die Eltern dazu befähigt, in kindgerechter Weise über ihre Erkrankung zu sprechen (vgl. <https://www.pukzh.ch/default/assets/File/Downloads/Elterngruppe%20allgemein%202019.pdf>)

Ebene Öffentlichkeit, Institutionen (Fachberatung, Netzwerk- und Öffentlichkeitsarbeit):

Sensibilisierung, Weiterbildungen in den verschiedenen Berufsfeldern / Gefässe für Austausch (Schnittstellen) / interinstitutionelle Kooperation

Innerhalb des Kooperationssystems soll die Kommunikation unter den Netzwerk Beteiligten durch regelmässigen Fach- und Informationsaustausch unter den Beteiligten gewährleistet werden. Die Netzwerk Beteiligten kennen Angebote aus anderen Bereichen und können Kinder und/oder ihre Eltern an diese vermitteln bzw. in einer interinstitutionellen Kooperation betroffene Familien ganzheitlicher unterstützen (vgl. ebd.).

Auf der Internetplattform werden für alle Zielgruppen vielfältige Informationen zur Verfügung gestellt welche einen wichtigen Beitrag zur Aufklärung und Sensibilisierung in Bezug auf psychische Erkrankungen leisten. Von einfachen Erklärungen, was eine psychische Störung ist, über informative Artikel aus Zeitungen oder Fachzeitschriften wie auch Links, bis hin zu wichtigen Studien und Fachartikeln, die für Fachpersonen von Interesse sind, finden sich hier zahlreiche Informationen. Zudem sind alle Angebote der im Netzwerk beteiligten Akteure aufgeführt und kurz beschrieben (vgl. ebd.).

5.3 Diskussion / Reflexion

Im folgenden Abschnitt werden die Projekte als Ganzes bzw. einige ausgewählte Aspekte davon, vor dem Hintergrund der in Kapitel 2 bis 4 erarbeiteten theoretischen Hintergründen reflektiert. Einzelne Angebote, die durch ihre Einzigartigkeit/Originalität herausragen, werden hervorgehoben. Es wird auf Ähnlichkeiten bzw. Unterschiede hinweisen. Offene Fragen der Autorin, sowie Optimierungs- und Weiterentwicklungsmöglichkeiten fließen mit ein.

In Folge einer schweren depressiven Erkrankung der Mutter kumulieren sich häufig die Probleme einer Familie. Die psychischen Beeinträchtigungen gehen einher mit sozialen und materiellen Beeinträchtigungen. Die Lebenslagen betroffener Mütter, ihrer Kinder bzw. der Familie sind individuell und komplex. Um ihren Bedürfnissen mit einer passenden Unterstützung gerecht zu werden, benötigt es oft mehr als eine Massnahme. Sowohl AKisiA wie auch wikip (zusammen mit iks) zeichnen sich dadurch aus, dass sie diesen Herausforderungen begegnen, indem sie ein Bündel von Angeboten vorweisen sowie mit anderen Fachbereichen und Angeboten kooperieren. Eine interprofessionelle und interinstitutionelle Zusammenarbeit erhöht die Chance betroffene Kinder frühzeitig zu erkennen und präventiv zu unterstützen. Zudem hilft eine gute Kooperation zwischen den Schnittstellen Hilfeleistungen koordiniert und zielgerichtet zu planen, und wird so der Komplexität der Fälle besser gerecht. Bei wikip, das als integriertes Versorgungsmodell angelegt ist, steht die Netzwerkorientierung sogar im Vordergrund. Sichtbar wird dies auch auf der Webseite des iks, das über eine viel höherer Dichte und Komplexität als Netzwerk verfügt. Trotz den Bestrebungen einer stärkeren interinstitutionellen Zusammenarbeit, stellt sich die Frage der Gesamtverantwortung in den Einzelfällen. Die Autorin wäre hierzu weiterführend gerne der Frage nachgegangen, wer in der Praxis jeweils die Aufgabe oder Rolle der Fallführung tatsächlich übernimmt. Denn es sind ja viele verschiedene Akteure im Netzwerk beteiligt, was in der Praxis zu verschiedenen Herausforderungen führt. Problematisch wird es vor allem dann, wenn sich niemand zuständig fühlt und die Aufträge nicht geklärt sind. In komplexen Fällen arbeitet man mit einem sogenannten Case Management. Im Projektbericht von wikip war ein „Familienorientiertes Case Management“ als Massnahme aufgeführt.

Die Ausrichtung bei AKisiA ist eine familienzentrierte. Eine Stärke von AKisiA ist, dass sie als ganzheitliches Konzept angelegt ist. Als systemisch ausgerichtetes Modell mit Angeboten auf allen Ebenen vermag dieses Projekt im Sinne von Walsh (siehe Kapitel 3.1.4) sowohl die Resilienz der Kinder wie auch der ganzen Familie zu stärken. Das Projekt AKi-

siA baut zudem auf den bekannten und zentralen wissenschaftlichen Erkenntnissen (siehe Kapitel 2 bis 3) auf und entwickelt seine Angebote danach.

AKisiA setzt für all seine Angebote die Zustimmung und den Einbezug der Eltern voraus. Es stützt sich hier auf Erkenntnisse aus der Forschung die besagen, dass eine nachhaltige Wirkung des Hilfsangebotes für Kinder vor allem dann Chancen hat, wenn parallel dazu ein flankierendes Beratungsangebot für Eltern oder weitere familiäre Bezugspersonen besteht (vgl. Magolei, 2016: 109). Die Eltern müssen somit in die Hilfe- und Beratungsprozesse integriert werden, damit eine nachhaltige Verbesserung der Situation möglich ist (vgl. ebd.). Obschon nachvollziehbar, bleibt für die Autorin die Frage offen, wie Kinder erreicht werden können, bei denen die Eltern diese Voraussetzungen nicht erfüllen.

Wie im Kapitel 3.1.2 dargelegt, gehören Aufklärung und Information über die Krankheit zu den bedeutsamsten Schutzfaktoren. Aufklärung findet neben Einzel- und Familienberatungen auch in psychoedukativen Gruppen von AKisiA statt. Das Wissen über die Krankheit hilft den Kindern zudem mögliche Schuldgefühle abbauen und fördert eine Enttabuisierung (siehe Kapitel 2.1.2). Zudem gilt eine alters- und entwicklungsadäquate Information und Aufklärung als Schutzfaktor und stärkt, wie im Kapitel 3 erläutert, das Kohärenzgefühl des Kindes. Die Mehrzahl der Familien berichtet denn auch, dass eine offenere Kommunikation und Verbesserung des Familienklimas erreicht wurde. Die Familien schätzen zudem sehr, dass sie sich im Bedarfsfall, sprich in schwierigen Situationen und akuten Krisen, jederzeit wieder an AKisiA wenden dürfen. Es gibt Berichte von Eltern die zeigen, dass sie die Kinder zufriedener und selbstbewusster wahrnehmen. Eine Weiterführung der Gruppenangebote wäre für eine Mehrheit der Eltern wünschenswert (vgl. Magolei, 2016: 123 – 125).

Beide Projekte (AKisiA und wikip bzw. iks) engagieren sich in der Öffentlichkeitsarbeit und setzen sich in verschiedener Weise für eine Aufklärung und Sensibilisierung sowohl innerhalb der Fachwelt wie der breiten Öffentlichkeit ein. Damit tragen beide dazu bei, Stigmatisierungen und Tabuisierung entgegenzuwirken und helfen ein Bewusstsein für die Anliegen betroffener Kinder zu schaffen. Das Online-Angebot von iks hebt sich dennoch deutlich von demjenigen von AKisiA ab. Die iks-Webseite richtet sich in einfacher, direkter Sprache in diversen Rubriken an verschiedene Zielgruppen. Auf der Seite findet sich eine Fülle von aufklärendem Informationsmaterial, bis hin zu Studien und ansprechend gemachten kurzen Erklärvideos zu einzelnen psychischen Krankheiten. Ein weiteres einzigartiges und ansprechendes Angebot bei iks ist der Peer-Chat, indem sich Jugendliche mit Gleichaltrigen mit ähnlichen Erfahrungen, unterhalten können. Wertvoll ist auch, dass sämtliche Adresslisten von möglichen Hilfsangeboten aufgeführt und verlinkt sind. Damit ist die Webseite von iks aber auch um einiges komplexer aufgebaut als die

von AKisiA. In diesem Zusammenhang kann allenfalls kritisch gefragt werden, für wen sich die Seite eignet bzw. wen sie erreicht. Beispielsweise erfordern beide Internetseiten Deutschkenntnisse, was anderssprachigen Menschen den Zugang zumindest erschwert.

Mit dem Patenprojekt hat wikip ein Angebot eingeführt, das gerade für Familien mit wenig sozialen Ressourcen eine wertvolle Unterstützung bieten kann. Wenn Kinder zu Hause keine Sicherheit und Geborgenheit erleben, weil die Mutter schwer an einer Depression erkrankt, kann eine Patin oder ein Pate sich als Bezugs- und Vertrauensperson einbringen, indem diese Kontinuität, einen normalen strukturierten Alltag, Stabilität, Verlässlichkeit, Sicherheit bietet. Kinder erhalten neue Erfahrungsräume, erweitern darin ihre Interaktions- und Beziehungserfahrungen und ihre Coping-Strategien im Umgang mit den Belastungen, was wiederum ihre Resilienz stärkt. Für die erkrankte Mutter kann die Patenschaft eine entlastende Wirkung haben. Die Mutter erhält nebenbei etwas mehr Zeit für ihre Erholung und kann so allenfalls ihre Schuldgefühle abbauen. Zu wissen, dass in einem Notfall eine Drittperson gewisse Funktionen übernehmen kann gibt Sicherheit. All dies wirkt sich positiv auf das Familienklima aus.

Grenzen sind finanziell gegeben. Dies kommt auch aus dem Beitrag von Magolei et. al (AKisiA) zum Ausdruck und gilt zu einem bestimmten Grad wohl auch für wikip. Gerade bei Projekten die nicht innerhalb der Regelstrukturen angeboten werden und folglich nicht durch staatliche Hilfe mitfinanziert werden, gestaltet sich die Finanzierung hindernisreich. Dies hat leider Auswirkungen auf die Angebotsvielfalt und deren Weiterentwicklung (vgl. Magolei et. al. 2016: 126).

Ein Vorteil sowohl von wikip wie auch von AKisiA ist, dass beide als unabhängige Anlaufstellen betrachtet werden können. Sie sind keiner Behörde wie der KESB unterstellt (die für viele Eltern einen zweifelhaftem Ruf hat). Damit können sich Familien rasch, unkompliziert und niederschwellig Hilfe holen. Eine wichtige Funktion im Dschungel der vielen Angebote bei wikip erfüllt die Triage- und Anlaufstelle, in dem sie sozusagen eine Drehscheibenfunktion im Netzwerk einnimmt.

Die Frage, welche Kinder und Familien tatsächlich erreicht werden, und wer von den Angeboten profitiert, kann in dieser Arbeit verständlicherweise nicht beantwortet werden. Von aussen betrachtet, scheinen einige der Angebote (gerade die Gruppenangebote) auf Personen mit deutscher Sprache ausgerichtet zu sein. Allenfalls wäre zu klären, ob ausreichende interkulturelle Kompetenzen oder Kooperationen im Netzwerk vorhanden sind, um migrationsspezifischen Themen und Bedürfnissen betroffener Kinder und ihren Familien zu begegnen. Oder ob es spezifischere Angebote braucht.

Hindernisse für eine Inanspruchnahme der Angebote können zum Beispiel örtlicher Natur sein (Angebote sind zu weit weg), oder auch finanziell (Fahrkosten, Kurskosten). Ebenso ist denkbar, dass Angebote aus gesundheitlichen Gründen (Antriebslosigkeit, Ängste, Schmerzen) nicht wahrgenommen werden.

6 Fazit

6.1 Beantwortung der Fragestellung

Im Folgenden Abschnitt wird die Essenz der vorangehenden Kapitel wiedergegeben und so die Fragestellung beantwortet.

Hauptfrage:

Welches sind die Lebensumstände, Risiko- und Schutzfaktoren von Kindern mit einer depressiv erkrankten Mutter, und wie kann die Soziale Arbeit für diese Angehörigengruppe präventiv wirken?

Unterfragen:

Wie wirkt sich eine depressive Erkrankung der Mutter auf das Kind aus?

Eine depressive Erkrankung kann sich je nach Schweregrad und Dauer der Erkrankung unterschiedlich auf das Kind auswirken. Durch die Depression kann die Interaktion und Beziehung zwischen Mutter und Kind gestört werden, was dazu führen kann, dass die Grundbedürfnisse des Kindes (z.B. nach Zuwendung, Anerkennung, Sicherheit u.a.) nicht mehr befriedigt werden. Die Folgen der mütterlichen Depression können beim Kind zu Desorientierung, zu Verunsicherung, oder zu Verlustängsten (z.B. bei Klinikaufenthalten) führen. Die Folgen der Belastungen beeinträchtigen das Wohlbefinden und stellen ein Entwicklungsrisiko dar. Es können Anpassungs- und Entwicklungsprobleme (z.B. Entwicklungsverzögerung, Verhaltensauffälligkeiten, unsicheres Bindungsverhalten) auftreten. Deren Auswirkungen können sich wiederum bis ins Erwachsenenalter negativ auf die Identitäts- und Persönlichkeitsentwicklung (z.B. psychisches Wohlbefinden, Selbstwert, Beziehung) manifestieren und bergen das Potential, dass diese selber an einer Depression erkranken. Stigmatisierung und in der Folge Scham- und Schuldgefühle führen zu Tabuisierung und behindern eine offene Kommunikation oder aktive Bewältigung der Krank-

heit. Aufgrund der typischen Leiden (z.B. Antriebslosigkeit, Ängste, emotionale Bedürftigkeit etc.) welche eine Depression bei der Mutter bewirkt, besteht die Gefahr einer destruktiven Parentifizierung mit ebenso weitreichenden Folgen. Massgebend ist auch die sozio-ökonomische Situation, die sozialen Ressourcen, sowie das (Nicht-) Vorhandensein von Unterstützungs- und Kompensationsmöglichkeiten.

Welches sind die Risiko- und die Schutzfaktoren von Kindern mit einer depressiv erkrankten Mutter?

Neben eigenen biologischen Risikofaktoren des Kindes (z.B. genetische Disposition für eine Depression) sind es vor allem die mütterlichen psychosozialen Risikofaktoren welche sich negativ auf die Entwicklung eines Kindes auswirken können. In Zusammenhang mit den Folgen einer mütterlichen Depression bestehen Risiken verursacht durch Erziehungsdefizite oder ungünstige Erziehungspraktiken, oder aufgrund mangelnder Aufmerksamkeit. Weitere Risikofaktoren können auftreten: Emotionale Labilität oder Nichtverfügbarkeit der Mutter, Suizidversuche der Mutter, Trennung in Folge Klinikaufenthalt (vor allem bei Kleinkindern), fehlende Kommunikation, belastetes Familienklima, Tabuisierung der Erkrankung, das Fehlen von sozialer Unterstützung ausserhalb der Familie, eine destruktive Parentifizierung.

Häufig kommt es im Falle einer Depression zu Scheidung oder Trennung der Eltern, oder es verschlechtert sich die sozio-ökonomische Lebenslage in Folge einer chronischen Erkrankung. Das Risiko einer sozialen Isolation wird erhöht.

Von Bedeutung sind darum die Schutzfaktoren, welche die Resilienz der Kinder fördern und dazu beitragen, dass sie sich trotz den Belastungen gesund entwickeln. Die zentralen Schutzfaktoren laut Resilienzforschung bei Kindern mit einem psychisch erkrankten Elternteil sind: Das Vorhandensein einer psychisch gesunden erwachsenen Vertrauens- und Bezugsperson, eine entwicklungs- und entwicklungsgerechte Information, Aufklärung, Krankheitseinsicht und Problembewusstsein wie auch eine aktive Suche nach Lösungen, sowie konstruktive Bewältigungsstrategien innerhalb der Familie. Wichtige Resilienzfaktoren des Kindes sind Selbstvertrauen, Stressbewältigungsfähigkeiten, ein aktives sowie flexibles Bewältigungsverhalten aber auch Hobbys, Interessen, Kreativität u.a.. Der bedeutendste Schutzfaktor innerhalb der familiären Ressourcen ist eine sichere Bindungserfahrung zu mindestens einer stabilen Bezugsperson. Weitere Resilienzfaktoren sind: Ein positives Familienklima, ein autoritativer demokratischer Erziehungsstil oder ein förderli-

ches familiäres Netzwerk, sowie die Einbindung in eine unterstützende Peer-Gruppe. Auch eine gute sozio-ökonomische Lage ein wesentlicher Schutzfaktor.

Risiko- und Schutzfaktoren stehen in wechselseitiger Beziehung und können nicht isoliert betrachtet werden. Es ist schliesslich die Kumulation von Risikofaktoren, welche die Gefahr einer Fehlentwicklung erhöht.

Welche Form von Unterstützung brauchen Kinder mit einer depressiv erkrankten Mutter?

Grundsätzlich kann gesagt werden, dass je mehr Schutzfaktoren auf verschiedenen Ebenen vorhanden sind, sich dies positiv auf die Bewältigung der Belastungen und somit auf eine gesunde Entwicklung auswirkt. Die wichtigsten Schutzfaktoren wurden benannt. Als frühe Unterstützungsmassnahme zählt sicher die kindgerechte Aufklärung, um Schuld- und Schamgefühle zu reduzieren. Anhand der ausgewählten Präventionsprojekte wurden verschiedene Angebote vorgestellt, womit Kindern geholfen werden kann. Patenprojekte beispielsweise bieten Unterstützung, wenn kein soziales Netz der Familie vorhanden ist. Psychoedukative Gruppen bieten nebst Aufklärung auch die Möglichkeit, soziale Kompetenzen und Coping Strategien im Umgang mit den Belastungen weiterzuentwickeln. Aber auch Freizeitangebote, Vereine oder die Möglichkeit ein Hobby auszuüben sollten gefördert werden. Das Eingebundensein in eine unterstützende Peer-Gruppe und Selbstwertstärkende Erfahrungen sind wichtige Erfahrungen, die Resilienz ebenso stärken. Überhaupt Raum für sich zu haben, Kind zu sein, seine Bedürfnisse wahrnehmen und ausleben zu dürfen ist von grosser Bedeutung, wirksam auch gegen eine destruktive Parentifizierung.

Ein grosses Bedürfnis von Eltern ist der Zugang zu Beratung und Unterstützung in Erziehungsfragen sowie Entlastung (z.B. im Haushalt oder in der Betreuung).

Welche Präventionsangebote lassen sich in der Schweiz und Deutschland exemplarisch darstellen für die Unterstützung von Kindern mit einem psychisch erkrankten Elternteil?

Das Projekt wikip (Winterthurer Versorgungs- und Präventionsprojekt) entstand nach dem Vorbild eines Versorgungsmodelles für die ganze Psychiatrieregion Winterthur. Im Mittelpunkt steht die Netzwerkorientierung. Durch die stärkere Kooperation zwischen den ver-

schiedenen Akteuren und Schnittstellen innerhalb des Versorgungsnetzes, sollen Kinder in belasteten Situationen früher erfasst und gezielter unterstützt werden können. Innerhalb des Netzwerkes sind verschiedene Angebote und Unterstützungsleistungen (z.B. Informations- und Triagestelle, Peer-Chat, Patenprojekte etc.) entstanden, welche im Kapitel 5.2 vorgestellt wurden. Das Beispiel aus Deutschland, AKisiA (Auch Kinder sind Angehörige) zeichnet sich durch sein ganzheitliches, familienzentriertes Angebot aus und bietet verschiedene Angebote. Dazu gehören unter anderen Psychoedukative Gruppen für Kinder, Erziehungsberatung, Systemische Familiengespräche. Weitere wurden in Kapitel 5.1. präsentiert. Auch AKisiA legt viel Wert auf eine interinstitutionelle Kooperation. Beide Projekte setzen sich zudem für eine Aufklärung und Sensibilisierung innerhalb der Fachwelt, wie auch bei der Bevölkerung ein.

Was ist die Rolle der Sozialen Arbeit und wo findet sich diese in den Projekten wieder?

Sozialarbeitende unterstützen betroffene Kinder und ihre Mütter und Familien dabei Ressourcen aufzubauen und ihre Handlungsmöglichkeiten weiterzuentwickeln. Weiter gehört es zu ihren Aufgaben, Präventionsprojekte zielgruppenspezifisch und lebensweltorientiert zu planen und durchzuführen. Im Kontext der Psychiatrie spielt zudem die Interdisziplinäre Zusammenarbeit eine grosse Rolle.

Ganz konkret wirken Sozialarbeitende in diversen Aufgaben- und Tätigkeitsfeldern. Zum Beispiel im Rahmen der Erwachsenenpsychiatrie als Klinische Sozialarbeitende. Dazu gehört auch die Angehörigenarbeit. Im Verlauf der Beratung klärt sich, ob es zusätzliche Hilfen braucht, die nicht mehr durch die Beratung abgedeckt werden kann. Sozialarbeitende übernehmen die Koordination und Vernetzung, beantragen allenfalls eine Sozialpädagogische Familienhilfe oder vermitteln passende Angebote (z.B. Notfallplatzierung, Entlastungsangebote o.ä.). Eine gute Kooperation und Zusammenarbeit zwischen den Schnittstellen ist von enormer Bedeutung. Im Rahmen von Case Management könnte die Soziale Arbeit dank ihrem Wissenskorpus und ihren Methoden hier eine wichtige Rolle spielen. In der Beratung hilft sie zusammen mit den Familien ein soziales Netz aufbauen. Sozialarbeitende sind, je nach Erfahrungshintergrund und Weiterbildung (z.B. systemisch), in verschiedenen Formen der Beratung tätig, auch im Rahmen von Psychoedukation (Gruppen oder Einzel), wobei solche Angebote oft durch psychologische oder psychiatrische Fachpersonen geleitet werden. Eine klare Abgrenzung zwischen den Aufgaben der therapeutischen Berufe und der Sozialen Arbeit ist nicht immer ganz klar und muss

jeweils geklärt werden. Weitere Felder bestehen in der Öffentlichkeitsarbeit, in der Sozialpädagogischen Familienbegleitung, in der Begleitung der Paten, in der Erziehungsberatung. Schulsozialarbeitende könnten sich in Klassen in der Aufklärung zu psychischen Krankheiten engagieren, etc...

6.2 Schlussfolgerung, Ausblick

Die Lebenslage von Kindern mit einer psychisch erkrankten Mutter ist meistens komplex und oft mehrfach belastet (z.B. durch Armut, soziale Isolation). Die Versorgung und Begleitung erfordert darum meist ein Bündel an Massnahmen und Unterstützungen, an dem auch verschiedene Anbieter im Versorgungssystem beteiligt sind. Mit den beiden Fallbeispielen können interessante Projekte vorgestellt werden. Diese setzen an mehreren Ebenen an und stellen Angebote für unterschiedliche Bedürfnisse zur Verfügung.

Die verbesserte Kooperation zwischen den Schnittstellen und Netzwerkorientierung wie sie durch wikip angestrebt wird, könnte zukunftsweisend sein. Doch auch die Kooperation und Vernetzung, wie sie in beiden Projekten vorgesehen ist, bietet sehr viel Potential um Kinder und ihre Familien frühzeitig zu erreichen und präventiv Unterstützung anzubieten. Da viel in die Sensibilisierung und Aufklärung investiert wird ist zu hoffen, dass künftig Sozialarbeitende und Mitarbeitende anderer Bereiche frühzeitig Warnzeichen wahrnehmen, um auf die Kinder und ihre Familien zuzugehen, sich fachlich Hilfe holen oder über die Schnittstellen hinweg zu kooperieren.

Internetbasierte Informations- und Beratungsplattformen bieten eine Vielzahl an Informationen und Aufklärungsmaterial, und dienen zur Übersicht über weiterführende spezifische Angebote. Sie haben den Vorteil, dass sich jede und jeder anonym informieren kann. Schliesslich bedingt dies aber ein eigenes aktives Bemühen und das Beherrschen der deutschen Sprache. Um Zugangsgerechtigkeit schaffen zu können, soll es neben der internetbasierten Form auch andere Formen geben um „alle“ Betroffene erreichen zu können.

Viele Angebote, Beratungen, etc. müssen an bestimmten Orten besucht werden. Dies ist für Familien mit geringem Budget finanziell allenfalls ein Hindernis. Für Mütter die an einer Depression leiden, kann die Inanspruchnahme von Hilfe daran scheitern, dass sie keinen Antrieb hat, dorthin zu gelangen, oder es aufgrund ihrer sozial isolierten Situation nicht möglich ist, sich zu organisieren. Dies betrifft alleinerziehende Mütter besonders. Von daher braucht es vermehrt aufsuchende Angebote, die ihre Hilfeleistung bei Betroffenen zu Hause anbieten.

Dass die WHO das Thema Depression als dringlich erklärt, wird die Sensibilisierung vorantreiben. Es ist zu hoffen, dass dies sozialpolitisch dazu führt, dass es in Zukunft mehr finanzielle Unterstützung gibt, um ähnliche Projekte wie das AKisiA oder wikip überall (wenn möglich innerhalb der Regelstrukturen) anbieten zu können. Sowohl bei der Entwicklung, wie bei der Umsetzung der darin enthaltenen präventiven Massnahmen spielt die Soziale Arbeit mit ihrem Wissenskorporus eine zentrale Rolle. Sie kann sich auf vielfältige Art und Weise für eine präventive Unterstützung belasteter Kinder und ihre Familien einsetzen.

Literaturverzeichnis

Avenir Social (Berufsverband Soziale Arbeit) (2018): Leitbild Soziale Arbeit im Gesundheitswesen.

URL: https://avenirsocial.ch/wp-content/uploads/2018/12/RZ_Flyer_A5_Leitbild_db_050918_v2.pdf

[Zugriffsdatum: 16.11.2020].

Avenir Social (Berufsverband Soziale Arbeit) (2010): Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz – Ein Argumentarium für die Praxis.

Baer, N., Schuler, D., Füglistler-Dousse, S. & Moreau-Gruet, F. (2013). Depressionen in der Schweiz. Daten zur Epidemiologie, Behandlung und sozial-beruflichen Integration (Obsan Bericht 56). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

Beesdo-Baum, K./Wittchen, H.-U. (2011): Depressive Störungen: 40 Major Depression und Dysthymie. In: Wittchen, H.-U./Hoyer, Hoyer, Jürgen (Hg.). Klinische Psychologie & Psychotherapie. Springer-Verlag Berlin Heidelberg.

Bundesamt für Gesundheit (BAG) (2015): Psychische Gesundheit in der Schweiz. Bestandsaufnahme und Handlungsfelder – Bericht im Auftrag des Dialogs Nationale Gesundheitspolitik.

Diez Grieser, Maria Theresa (2020): Psychische Gesundheit aus der Generationenperspektive (PGG). Kurzbericht zu den Ergebnissen der St. Galler Studie zum Belastungserleben und Unterstützungsbedarf psychisch belasteter Eltern.

https://www.angehoerige.ch/fileadmin/user_upload/Kurzbericht_PGG_Studie_neu.pdf [Zugriffsdatum 23.12.2020].

DIMDI-ICD-10-GM Version 2018. Kapitel V. Psychische und Verhaltensstörungen (F00 - F99).

Affektive Störungen (F30-F39). URL:

<https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2018/block-f30-f39.htm> [Zugriffsdatum 18.11.2020].

Franzkowiak, Peter/Homfeldt, Hans Günther/Mühlum, Albert (2011): Lehrbuch Gesundheit. Studienmodule Soziale Arbeit. Beltz Juventa, Weinheim und Basel.

Fröhlich-Gildhoff, Klaus/Rönnau-Böse, Maike (2019): Resilienz. Ernst Reinhardt, GmbH & Co KG, Verlag München.

Grunwald, Klaus / Thiersch, Hans (Hrsg.) (2004): Praxis Lebensweltorientierter Sozialer Arbeit – Handlungszugänge und Methoden in unterschiedlichen Arbeitsfeldern. Juventa Verlag Weinheim und München 2004.

Gurny, R., Cassée, K., Gavez, S., Los B., Albermann, K. (2007): „Vergessene Kinder? Kinder psychisch kranker Eltern: Winterthurer Studie. Kurzfassung) wann herausgegeben? URL: https://www.zhaw.ch/storage/shared/sozialarbeit/Forschung/Kindheit_Jugend_Familie/Familie_Aufwachsen/Kinder_Psychisch_kranker_Eltern_Kurzfassung.pdf [Zugriffsdatum 20.10.2020].

Gurny, R., Cassée, K., Gavez, S., Los B., Albermann, K. (2007): Kinder psychisch kranker Eltern: Winterthurer Studie. Wissenschaftlicher Bericht. Fachhochschule Zürich, Hochschule für Soziale Arbeit wann herausgegeben? URL: https://digitalcollection.zhaw.ch/bitstream/11475/16408/1/Kinder_Psychisch_kranker_Eltern_wiss_Bericht.pdf [Zugriffsdatum 16.10.2020].

iks (Institut Kinderseele Schweiz): wikip Netzwerk. Angebote. URL: <https://www.kinderseele.ch/uber-uns/wikip-netzwerk/> [Zugriffsdatum: 26.12.2020].

iks (Institut Kinderseele Schweiz): wikip Angebote: Begleitete Patenschaften. URL: <https://www.fujh.ch/begleitete-patschaften/> [Zugriffsdatum: 21.12.2020].

iks (Institut Kinderseele Schweiz): wikip Angebote: FUJH – Kinderbetreuung in Krisensituationen. URL: <https://www.fujh.ch/kinderbetreuung-in-krisensituationen-kibek/> [Zugriffsdatum: 21.12.2020].

iks (Institut Kinderseele Schweiz): wikip Angebote: Beratungs-, Informations- und Beratungsstelle. URL: <https://www.kinderseele.ch/angebote/beratung/informations-und-beratungsstelle/> [Zugriffsdatum: 22.12.2020].

Jungbauer, Johannes (2016): Wenn Eltern psychisch krank sind – Belastungen, Entwicklungsrisiken, Hilfebedarf. In: Jungbauer, Johannes (Hrsg.): Familien mit einem psychisch kranken Elternteil. Forschungsbefunde und Praxiskonzepte. 2. überarbeitete Auflage. Verlag Barbara Budrich, Opladen, Berlin & Toronto. 9 – 38.

Kupferschmid, Stephan/Koch, Irène (2014): Psychisch belastete Eltern und ihre Kinder stärken – Ein Therapiemanual. Kolhammer GmbH Stuttgart.

Müller, Brigitte (2008): Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil: Systemische Perspektive. In: Lenz, Albert/Jungbauer, Johannes (Hrsg., 2008): Kinder und Partner psychisch kranker Menschen – Belastungen, Hilfebedarf, Interventionskonzepte. 137 – 155. dgvt-Verlag, Tübingen.

Lenz, Albert (2005): Kinder psychisch kranker Eltern. Hogrefe Verlag GmbH.

Lenz, Albert (2012): Basiswissen: Psychisch kranke Eltern und ihre Kinder. Psychiatrie Verlag GmbH, Köln.

Lenz, Albert (2014): Kinder psychisch kranker Eltern. Hogrefe Verlag GmbH und Co. KG, Göttingen.

Lenz, Albert/Jungbauer, Johannes (Hrsg., 2008): Kinder und Partner psychisch kranker Menschen – Belastungen, Hilfebedarf, Interventionskonzepte.

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

Lenz, Albert (2016): „Ressourcen fördern“ – Ein modulares Praxiskonzept für die Arbeit mit Kindern psychisch kranker Eltern und ihren Familien. In: Jungbauer, Johannes (Hrsg.) (2016): Familien mit einem psychisch kranken Elternteil. Forschungsbefunde und Praxiskonzepte. 2. überarbeitete und erweiterte Auflage. Verlag Barbara Budrich. S 44 -78.

Magolei, Vera/ Valdivia, Andrea/ Jungbauer, Johannes (2016): AKisiA – Einblicke in die ganzheitliche Beratungspraxis mit Kindern psychisch erkrankter Eltern und ihren Familien. In: Jungbauer, Johannes (Hrsg.) (2016): Familien mit einem psychisch kranken Elternteil. Forschungsbefunde und Praxiskonzepte. 2. überarbeitete und erweiterte Auflage. Verlag Barbara Budrich. S 80 – 129.

NAP Netzwerk Angehörige Psychiatrie. (Edition 2018 – 2): Psychisch kranke Eltern und ihre Kinder. In: ich – du – wir. Ein Magazin für Psychiatrietätige.

URL:https://www.angehoerige.ch/fileadmin/angehoerige/pdf/informationen_fachleute/Fachmagazin/2018_2.pdf [Zugriffsdatum 12.10.2020].

Ohntrup, Janna M./Pollak, Eva/Plass, Angela/Wiegand-Grefe, Silke (2011): Parentifizierung - Elternbefragung zur destruktiven Parentifizierung von Kindern psychisch erkrankter Eltern. In: Wiegand-Grefe, Silke/Mattejat, Fritz/Lenz, Albert (Hg.): Kinder mit psychisch kranken Eltern – Klinik und Forschung. Vandenhoeck und Ruprecht LLC, Oakville, CT, U.S.A.. S 375 -398.

Pauls, Helmut (2013): Das biopsychosoziale Modell – Herkunft und Aktualität. Resonanzen. E-Journal für Biopsychosoziale Dialoge in Psychotherapie, Supervision und Beratung, 1 (1), 15 - 31. <http://www.resonanzen-journal.org>. [Zugriffsdatum: 26.10.2020].

Petermann, Franz/Maercker, Andreas/Lutz, Wolfgang/Stangier, Ulrich (2018): Klinische Psychologie - Grundlagen. Hogrefe Verlag GmbH.

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

Reininghaus, Kathrin/Jungbauer, Johannes (2016): Entwicklungsstörungen bei Kindern psychisch kranker Eltern: Ergebnisse einer klinischen Einzelfallstudie. In: Jungbauer, Johannes (Hrsg.) (2016): Familien mit einem psychisch kranken Elternteil. Forschungsbefunde und Praxiskonzepte. 2. überarbeitete und erweiterte Auflage. Verlag Barbar Budrich.

Romer, G., Möller, B., Wiegand-Grefe, S. (2011): „Wenn Eltern zerstörbar werden...“ – Kinder kranker Eltern als Zielgruppe seelischer Gesundheitsvorsorge: Eine Zukunftsherausforderung für die Medizin. In: Wiegand-Grefe, S., Mattejat, F., Lenz, A., (Hg.): Kinder mit psychisch kranken Eltern. Klinik und Forschung. Vandenhoeck & Ruprecht. 27 - 41.

Schuler, Daniela/Tuch, Alexandra/Buscher, Nathalie/Camenzind, Paul (2016): Psychische Gesundheit in der Schweiz. Monitoring 2016 (Obsan Bericht 72). Neuchâtel, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

Sollberger, Daniel/Byland, Mara/Widmer, Géraldine (2008): Erwachsene Kinder psychisch kranker Eltern – Belastungen, Bewältigung und biographische Identität. In: Lenz, Albert/Jungbauer, Johannes (Hrsg., 2008): Kinder und Partner psychisch kranker Menschen – Belastungen, Hilfebedarf, Interventionskonzepte. 150 -194. dgvt-Verlag, Tübingen.

WHO (World Health Organization) (2019): Psychische Gesundheit – Faktenblatt. URL: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/404853/MNH_FactSheet_DE.pdf 6 [17.11.2020]

Werner, Emmy E. (2008): Entwicklung zwischen Risiko und Resilienz. In: Opp, Günther/ Fingerle, Michael (Hrsg. 2008): Was Kinder stärkt. Erziehung zwischen Risiko und Resilienz. Ernst Reinhardt Verlag München Basel. 3. Auflage. S 20 – 31.

Walsh, Froma (2012): Ein Modell familialer Resilienz und seine klinische Bedeutung. In: Welter-Enderlin, Rosmarie/Hildenbrand, Bruno (Hrsg) (2012): Resilienz- Gedeihen trotz widriger Umstände. Carl-Auer-Systeme Verlag

Wiegand-Grefe, Silke/Geers, Peggy/Petermann, Franz (2011): Entwicklungsrisiken von Kindern psychisch kranker Eltern – ein Überblick. In: Wiegand-Grefe, Silke/Mattejat, Fritz/Lenz, Albert (Hg.): Kinder mit psychisch kranken Eltern – Klinik und Forschung. Vandenhoeck und Ruprecht LLC, Oakville, CT, U.S.A.. S 146 – 179.

Wiegand-Grefe, Silke/Mattejat, Fritz/Lenz, Albert (Hg.) (2011): Kinder mit psychisch kranken Eltern. Klinik und Forschung. Vandenhoeck & Ruprecht GmbH Co.

Wiegand-Grefe, Silke/Halverscheid, Susanne/Plass, Angela (2011): Kinder und ihre psychisch kranken Eltern. Familienorientierte Prävention – Der CHIMPS-Beratungsansatz. Hogrefe Verlag GmbH & Co.

Wirtz, Markus Antonius (Hrsg.) Dorsch Lexikon der Psychologie. Psychische Störung. URL: <https://dorsch.hogrefe.com/stichwort/psychische-stoerung> [Zugriffsdatum 18.11.2020].

Wittchen, H.-U. (2011): 2 Diagnostische Klassifikation psychischer Störungen. In: Wittchen, H.-U./Hoyer, Hoyer, Jürgen (Hg.). Klinische Psychologie & Psychotherapie. Springer-Verlag Berlin Heidelberg.

Wustmann, Cornelia (2016): Resilienz. Widerstandfähigkeit von Kindern in Tageseinrichtungen fördern. 6. Auflage. Cornelsen Verlag, Berlin.

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1 Dahlgren, Göran/ Whitehead, Margaret (1991): Determinanten der Gesundheit (WHO). In: BZgA (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung). URL: <https://www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/determinanten-von-gesundheit/> [Zugriffsdatum 6.1.2021]

Abb. 2 Petermann et. al. (2004): Zusammenspiel von risikomildernden und risikoe erhöhenden Bedingungen. In: Fröhlich-Gildhoff Klaus/Rönnau-Böse Maïke (2019): Resilienz. Ernst Reinhardt, GmbH & Co KG, Verlag, München