

Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg
Fakultät Wirtschaft und Soziales
Department Soziale Arbeit
BA Bildung und Erziehung in der Kindheit

***Kindheit in Familien mit einem psychisch
erkrankten Elternteil***

Handlungsansätze der SPFH zur Stärkung betroffener Kinder

Bachelor-Thesis

Tag der Abgabe: 28.02.2017

Vorgelegt von:

Uptas, Anna Katarzyna

Matrikel-Nr.: [REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

Betreuende Prüferin:

Prof. Dr. Katja Weidtmann

Zweite Prüferin:

Frau Aliko Marquardt

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	3
2. Theoretische Grundlagen	5
2.1. Psychische Erkrankungen – eine Begriffsklärung	5
2.2 Das Arbeitsfeld der Sozialpädagogischen Familienhilfe	7
2.2.1 Rechtliche Grundlagen	7
2.2.2. Adressaten und Ziele der SPFH	7
2.2.3. Handlungsleitende Theorien und Arbeitsansätze der SPFH	9
3. Lebenswelt von Kindern psychisch kranker Eltern	11
3.1 Risikofaktoren für die kindliche Entwicklung.....	11
3.1.1 Genetische und psychosoziale Einflüsse	11
3.1.2 Wenn Bindung zu einem Risikofaktor wird.....	13
3.1.3 Risiko einer Kindeswohlgefährdung in betroffenen Familien	16
3.2 Belastungsfaktoren durch die Erkrankung der Eltern.....	18
3.2.1 Erschwerte Interaktionen und veränderte Rollen.....	18
3.2.2 Bewältigung der spezifischen Entwicklungsaufgaben.....	21
3.2.3 Mögliche Konflikte auf der Paarebene der Eltern.....	21
3.2.4 Sozial-ökonomische Folgen	23
3.3 Resilienz als ein wichtiger Schutzfaktor in der kindlichen Entwicklung	24
3.3.1 Persönliche Schutzfaktoren	25
3.3.2 Familiäre Schutzfaktoren	25
3.3.3 Soziale Schutzfaktoren.....	26
4. Handlungsansätze der SPFH für die Intervention in betroffenen Familien.....	27
4.1. Sozialpädagogische Diagnostik-Ermittlung von Belastungen und Ressourcen.....	28
4.2. Stärkung der kindlichen Bewältigungsressourcen.....	31
4.2.1. Entwicklung einer positiven Selbstwahrnehmung.....	31
4.2.2. Psychoedukation	32
4.3. Mobilisierung familiärer Ressourcen.....	34
4.3.1. Stärkung der elterlichen Erziehungskompetenzen.....	34
4.3.2. Förderung der Eltern-Kind-Bindung.....	36
4.3.3 Erweiterung familiärer Kommunikationsprozesse	37
4.4. Aktivierung sozialer Ressourcen	38
4.4.1. Einbindung der Kinder in spezifische präventive Gruppenangebote	38
4.4.2. Aktivierung institutioneller und sozialräumlicher Ressourcen.....	39
5. Herausforderungen und Grenzen der SPFH	41
6. Schlussbetrachtung	43
Literaturverzeichnis	46
Anhang	48
Eidesstattliche Erklärung.....	55

1. Einleitung

Ich habe sehr früh Verantwortung übernehmen müssen. Natürlich hatte ich manchmal das Gefühl, damit nicht fertig zu werden. Aber ich denke, dass ich es irgendwie geschafft habe, das Ganze zu verarbeiten. Entscheidend war, dass bei uns Krankheit, Klinik usw. keine Tabuthemen waren, sondern dass wir viel darüber geredet haben (Mattejat & Lisofsky, 2011, S. 1).

In den letzten zehn Jahren haben sich Wissenschaftler verstärkt mit den Problemen von Kindern psychisch kranker Eltern auseinandergesetzt. Das zeigt sich beispielsweise an der neu erschienenen Fachliteratur. Neben Büchern und Broschüren für Fachleute und Betroffene sind aber auch Kinderbücher aufgelegt worden. Diese Publikationen sowie Informationsveranstaltungen zum Thema haben das öffentliche Interesse an Kindern psychisch kranker Eltern geweckt. Obwohl viele Betroffene nach wie vor mit Stigmatisierungen zu kämpfen haben, finden immer mehr Menschen den Mut, ihre Probleme aktiv anzugehen und bei Bedarf psychiatrische oder psychotherapeutische Hilfe in Anspruch zu nehmen. Dieser Bewusstseinswandel lässt sich unter anderem daran erkennen, dass Politiker*innen fordern, früher nach Risikofaktoren zu schauen, belasteten Familien eher Hilfe anzubieten und die Zusammenarbeit von Gesundheitsbehörden, Jugendhilfe und Kindertageseinrichtungen zu intensivieren (vgl. Mattejat & Lisofsky, 2011, S. 12).

Die Forschung konnte in den vergangenen Jahren große Fortschritte, insbesondere im Feld der Genetik, verzeichnen. Das Wissen über die Ursachen von psychischen Erkrankungen ist heute größer und differenzierter. So können psychoedukative Interventionen und spezielle Präventionsprogramme sehr wirksam sein, um die Entstehung oder Chronifizierung psychischer Störungen zu verhindern (vgl. Mattejat & Lisofsky, 2011, S. 15).

Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil befinden sich oftmals in prekären Lebenslagen. Ihre Lebenswelt ist geprägt von Armut, Isolation und der Abhängigkeit von staatlichen Transferleistungen (vgl. Weber, 2012, S. 13). Damit verbunden sind reduzierte Partizipationsmöglichkeiten und drohende bzw. bereits eingetretene Exklusionsprozesse. Die Soziale Arbeit bemüht sich, diese Exklusionsprozesse durch präventive, niedrigschwellige Angebote und Interventionsansätze zu verhindern.

Die Arbeit der Sozialpädagogischen Familienhilfe als Beauftragte für das Kindeswohl ist in den letzten Jahren in den Fokus der Öffentlichkeit geraten. Grund hierfür waren die vermehrten Kindeswohlgefährdungen mit Todesfolge. Als Beispiel lässt sich der Tod der elfjährigen Chantal aus Hamburg, die in ihrer Pflegefamilie an einer Überdosis Methadon gestorben ist, anführen. Das Jugendamt geriet in die Kritik, weil es den Hinweisen auf den Drogenkonsum

der Eltern nicht nachgegangen war. Die Abgeordnete der Grünen Christiane Blömeke kam nach dem Überprüfen des Sachverhaltes zu dem Entschluss, dass der Kinderschutz in Hamburger Pflegefamilien unzureichend sei. Die öffentliche Verwaltung reagierte mit der Umstrukturierung der Kontrollmechanismen der Kinder- und Jugendhilfe (vgl. o. A., Hamburger Abendblatt, 2012). Bisher war die Bearbeitung eines gesundheitlichen Problems in diesem Falle der psychischen Erkrankung der Eltern, ausschließlich Gegenstand des dazugehörigen Funktionssystems, dem Gesundheitssystem, während die Soziale Arbeit für die betroffenen Kinder zuständig war, die bei Bedarf stationär untergebracht oder in Pflegefamilien betreut wurden. Mittlerweile werden Sozialarbeiter*innen zunehmend mit den Auswirkungen psychischer Störungen der Eltern konfrontiert. die diese auf das gesamte Familiensystem, allen voran auf die Kinder, haben (vgl. Weber, 2012, S. 17).

Ziel dieser Bachelor-Thesis ist es, die besondere Lebenssituation von Kindern mit einem psychisch erkrankten Elternteil zu beleuchten und aus diesen Erkenntnissen Handlungsansätze für die Arbeit der Sozialpädagogischen Familienhilfe (SPFH) abzuleiten. Um dieses Ziel zu erreichen werden in dieser Bachelor-Thesis zwei Forschungsfragen bearbeitet: Zum einen soll die Frage nach den Risiko-, Belastungs- und Resilienzfaktoren beantwortet werden, die bei Kindern mit einem psychisch kranken Elternteil wirksam werden können und zum anderen sollen Handlungsansätze einer SPFH ermittelt werden, die sich für die Intervention in Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil eignen. Es ist kaum Literatur zu finden, die hinsichtlich der Auswirkungen auf die kindliche Lebenswelt und der zugehörigen Handlungsansätze zwischen verschiedenen psychischen Erkrankungen differenziert. Aus diesem Grund kann im Rahmen dieser Arbeit auch nicht auf spezifische Krankheitsbilder eingegangen werden bzw. die Frage geklärt werden, ob sich unterschiedliche psychische Erkrankungen auch verschieden auswirken.

Zu Beginn werden in **Kapitel 2 Theoretische Grundlagen** psychische Erkrankungen definiert und das Arbeitsfeld der Sozialpädagogischen Familienhilfe beleuchtet, um eine Grundlage für die weiteren Ausführungen zu schaffen. Im folgenden **Kapitel 3 Lebenswelt von Kindern psychisch kranker Eltern** wird auf die erste Forschungsfrage eingegangen. Hier werden mögliche Risiko-, Belastungs- und Resilienzfaktoren von Kindern psychisch kranker Eltern ausführlich betrachtet. In **Kapitel 4 Handlungsansätze der SPFH für die Intervention in Familien mit einem psychisch kranken Elternteil** wird die zweite Forschungsfrage beantwortet, indem konkrete Ansätze und Handlungsmöglichkeiten in betroffenen Familien zusammengetragen werden. Das **Kapitel 5 Herausforderungen und Grenzen der SPFH** skizziert die Schwierigkeiten und Herausforderungen der Arbeit in betroffenen Familien und

in **Kapitel 6 Schlussbetrachtung** werden die wichtigsten Erkenntnisse dieser Arbeit zusammengefasst.

2. Theoretische Grundlagen

Bevor in Kapitel 3 die Lebenssituation von Kindern psychisch kranker Eltern betrachtet wird, soll im Folgenden zunächst geklärt werden, was unter psychischen Erkrankungen zu verstehen ist. Im weiteren Verlauf des Kapitels wird das Arbeits- sowie Tätigkeitsfeld der Sozialpädagogischen Familienhilfe näher ausgeführt.

2.1. Psychische Erkrankungen – eine Begriffsklärung

Eine psychische Erkrankung wird als „eine bedeutsame Veränderung in der Ausführung von alltäglichen Aktivitäten im Wahrnehmen, Denken, Fühlen, der Kommunikation und in biologischen Rhythmen“ (Pretis & Dimova, 2004, S. 38) definiert. Diese Veränderung kann bei den Betroffenen selbst oder ihrer Umwelt Leidensdruck hervorrufen (vgl. Pretis & Dimova, 2016, S. 38).

Schlussfolgernd hängt eine psychische Krankheit mit dem subjektiven Erleben und den persönlichen Verarbeitungsmechanismen einer Person zusammen. Diese beiden Vorgänge beeinflussen wiederum das Verhalten. Psychische Gesundheit und Krankheit stehen im kontinuierlichen Zusammenhang, was bedeutet, dass die Betroffenen sich stets im Spannungsfeld zwischen den beiden Dimensionen bewegen. Dieses Zusammenspiel wird von verschiedenen Faktoren beeinflusst. Eine psychische Erkrankung ist oftmals durch multiple Kausalitäten wie z.B. familiäre, berufliche und sozial-ökonomische Belastungen gekennzeichnet (vgl. Pretis & Dimova, 2004, S. 38).

Zu den Störungsformen einer psychischen Erkrankung zählen Suchterkrankungen, Schizophrenien, affektive Störungen, Angst- und Zwangserkrankungen und diverse Persönlichkeitsstörungen (vgl. Pretis & Dimova, 2004, S. 39). Gegenstand dieser Abschlussarbeit werden psychische Erkrankungen im Allgemeinen sein, es wird nicht zwischen den verschiedenen Störungsbildern differenziert.

Kinder betroffener Eltern stellen eine besondere Risikogruppe dar, da die Erkrankung der Eltern epidemiologisch das häufigste Risiko für Kinder ist, selbst zu erkranken (vgl. Hantel-Quitmann, 2015, S. 132). Prof. Dr. Albert Lenz von der Katholischen Hochschule Nordrhein-Westfalen, der mehrere Fachbücher zum Thema veröffentlicht hat, stellte in einem Vortrag bei

der Evangelischen Gesellschaft Stuttgart zahlreiche Forschungsergebnisse aus verschiedenen Studien zusammen. Darin ging es um das erhöhte Risiko, welches Kinder psychisch kranker Eltern haben, selbst zu erkranken. Zwischen 17% und 21% der betroffenen Kinder erleiden demnach noch im Kindes- und Jugendalter eine psychische Störung. Das Risiko ist gegenüber Kindern aus unbelasteten Familien drei- bis vierfach erhöht. Kinder mit einem depressiven Elternteil werden beispielsweise sechsmal so häufig selbst depressiv wie Kinder gesunder Eltern. Es können aber auch andere Auffälligkeiten entstehen, wie Angststörungen, Störungen im Sozialverhalten, Bindungsängste oder Probleme in der Schule. Aufgrund der psychischen Erkrankung des Elternteils können oftmals weitere Belastungsfaktoren, wie finanzielle Schwierigkeiten oder Trennung der Eltern auftreten, die die Wahrscheinlichkeit für das Kind selbst zu erkranken, erhöhen. Besonders kritisch ist es, wenn Kinder mit ihren psychisch kranken Eltern alleine gelassen werden. 30-40% der Kinder psychisch kranker Eltern erhalten selbst keine professionelle Hilfe (vgl. Roedenbeck, 2016, S. 99). Das erhöhte Risiko für Kinder psychisch kranker Eltern, selbst eine psychische Störung zu entwickeln, lässt auf die Wirkung genetischer Einflüsse schließen. Eine determinierende Wirkung genetischer Faktoren kann aber ausgeschlossen werden. So konnte nachgewiesen werden, dass das Risiko späterer psychischer Störungen bei Kindern mit einem psychisch kranken Elternteil, die nach der Geburt adoptiert wurden, durch das Vorhandensein ungünstiger Umweltumstände und familiärer Belastungen in der Adoptivfamilie steigt (vgl. Wiegand-Grefe, Mattejat & Lenz, 2012, S. 6). Genetische und psychosoziale Faktoren wirken also zusammen. In den letzten Jahren wurde eine Reihe von Studien veröffentlicht, die ein genaueres Bild über die Interaktion von genetischen und psychosozialen Faktoren vermitteln. Ihre Ergebnisse zeigen, dass die genetische Ausstattung darüber mitbestimmt, ob sich belastende Lebensereignisse pathogen auswirken oder nicht. Sie moderieren somit die Umwelteffekte. Darüber hinaus verdeutlichen die Ergebnisse, dass bei Menschen mit einer hohen erblich bedingten Vulnerabilität besonders die Umwelteinflüsse relevant sind - und dies sowohl im positiven als auch im negativen Sinn (vgl. Plass & Wiegand-Grefe, 2012, S. 35).

Psychische Erkrankungen sind mit einer Jahresprävalenz von 33,3% heutzutage keine Einzelphänomene mehr. Trotzdem erfahren betroffene Patient*innen oftmals Stigmatisierung und Diskriminierung (vgl. Mattejat, 2014, S. 68). Dies ist als Grund anzusehen, warum viele Menschen mit psychischen Erkrankungen ihre gesundheitlichen Probleme verheimlichen und verfügbare medizinische Hilfen nicht in Anspruch nehmen. Nicht selten resultiert hieraus eine Verstärkung der Symptomatik. Zweifellos wirkt sich der beschriebene Teufelskreis auch

auf die Kinder von psychisch erkrankten Patienten aus und kann die Alltagsbelastung verstärken (vgl. Mattejat, 2014, S. 70f.).

2.2 Das Arbeitsfeld der Sozialpädagogischen Familienhilfe

2.2.1 Rechtliche Grundlagen

Die Sozialpädagogische Familienhilfe ist eine Form der ambulanten Hilfen zur Erziehung. Nach dem §27 SGB VIII haben Personenberechtigte Anspruch auf Hilfen zur Erziehung, "wenn eine dem Wohl des Kindes oder des Jugendlichen entsprechende Erziehung nicht gewährleistet ist und die Hilfe für seine Entwicklung geeignet und notwendig ist". Die Art und der Umfang der Hilfe richtet sich nach dem erzieherischen Bedarf im spezifischen Einzelfall. Das Setting und die Vorgehensweise der Hilfen werden individuell und flexibel an den Bedarf der Klient*innen angepasst (vgl. Helm & Schwertfeger 2016, S. 158). Auf Antrag eines Erziehungsberechtigten wird diese Form der ambulanten Hilfen zur Erziehung vom Jugendamt gewährt und finanziert, sofern die Tatbestandsmerkmale des genannten Paragraphen erfüllt sind.

In §31 SGB VIII ist die SPFH wie folgt definiert:

Sozialpädagogische Familienhilfe soll durch intensive Betreuung und Begleitung Familien in ihren Erziehungsaufgaben, bei der Bewältigung von Alltagsproblemen, der Lösung von Konflikten und Krisen sowie im Kontakt mit Ämtern und Institutionen unterstützen und Hilfe zur Selbsthilfe geben. Sie ist in der Regel auf längere Dauer angelegt und erfordert die Mitarbeit der Familie.

Heutzutage wird der überwiegende Teil der ambulanten Hilfen von freien Trägern der Jugendhilfe erbracht. Auf die öffentlichen Träger entfielen im Jahr 2012 lediglich 19 % aller SPFH. Finanziert wird der Einsatz einer SPFH durch die kommunalen Jugendämter. Im Jahr 2012 wurden für die SPFH bundesweit knapp 759 Mio. Euro ausgegeben. Die Fachleistungsstunde dient als Finanzierungsinstrument der SPFH. Eine Fachleistungsstunde beträgt 60 Minuten. Die Fachstundenanzahl wird vom Jugendamt bewilligt (vgl. Helm & Schwertfeger, 2016, S. 159f.).

2.2.2. Adressaten und Ziele der SPFH

Soziale Arbeit mit Familien ist ein Teilgebiet der Sozialen Arbeit, in dem überwiegend sozialpädagogische Problemstellungen, die durch Bildung und Erziehung bearbeitet werden, im Fo-

kus stehen. Die Familie stellt eine besondere Lebensform dar, die sich durch bestimmte Merkmale von anderen Lebensformen wie dem partnerschaftlichen Zusammenleben oder dem Leben als Single unterscheidet. Familien unterliegen einem stetigen historischen Wandel und unterscheiden sich interkulturell. Der gemeinsame Konsens liegt in Sorge- und Erziehungsleistungen. Soziale Arbeit mit Familien ist im Wesentlichen eine Interaktion zwischen sozialpädagogischen Fachkräften und Familienmitgliedern (vgl. Uhlendorff, Euteneuer & Sabla, 2013, S. 12f.).

Die SPFH begibt sich in ihrer Tätigkeit in den Wohnraum der zu unterstützenden Familien. Anknüpfend an den Alltag der Familien setzen die Fachkräfte mit Interventionen Impulse, um die Lebensbedingungen der Erwachsenen und die Entwicklungschancen der Kinder zu verbessern. Diese Impulse können sich je nach Bedarf auf unterschiedliche Lebensbereiche beziehen, wie beispielsweise Beratung bei Erziehungsfragen, Haushaltsführung und Umgang mit finanziellen Ressourcen. Bei spezifischen Themen vermittelt die SPFH die Klient*innen in Beratungsstellen, wie Suchtberatung, Erziehungsberatung oder Schuldnerberatung (vgl. Helm & Schwertfeger, 2016, S.159).

Das Ziel ist eine Entwicklung von Lebensperspektiven durch die Erfahrung von Selbstwirksamkeit. Die Klient*innen sollen bei der Arbeitssuche, Verbesserung der Wohnsituation und dem Umgang mit Behörden und Institutionen unterstützt werden. Auch das Etablieren einer Tagesstruktur und familiärer Aufgabenteilung sowie das Thema Gesundheitsförderung von Eltern und Kindern können Auftrag einer SPFH sein (vgl. Helm & Schwertfeger, 2016, S.159). Die SPFH arbeitet darauf hin, Familien zu befähigen, ihre Lebensumstände zu verbessern und sie beim Umgang mit Problemen, Anforderungen sowie vielfältigen Belastungen zu unterstützen. Ziel dieser sozialpädagogischen Interventionen ist es, die Beziehungen innerhalb der Familie zu verbessern sowie die Eltern in ihrer Elternfunktion anzuleiten und zu stärken. Die SPFH soll in den Familien Hilfe zur Selbsthilfe leisten und zielt drauf ab, die Familien in die Lage zu versetzen, ihren Alltag besser selbstständig zu bewältigen. Beim Betrachten der Fallzahlen wird deutlich, dass sich die Hilfe in der Hälfte der Fälle an alleinerziehende Elternteile richtet. In einem knappen Drittel der betreuten Familien leben die Eltern zusammen und 15 % der unterstützten Familien machen Patchworkfamilien aus. Etwa 30% der jungen Menschen, die von einer SPFH unterstützt werden, haben mindestens ein Elternteil mit ausländischer Herkunft und etwa 13% der betreuten Kinder sprechen zu Hause kein Deutsch. Im Hinblick auf die Lebenslage der betreuten Familien zeigt sich, dass 67% ganz oder teilweise von ALG II-Bezügen, einer bedarfsorientierten Grundsicherung oder von Sozialhilfe leben. Die Daten machen deutlich, dass Familien, die eine SPFH in Anspruch nehmen, häufig in Armut

leben und sich ihr Alltag unter prekären finanziellen Rahmenbedingungen gestaltet. Das zeigt sich in allen Lebensbereichen wie Wohnen, Gesundheit, Arbeit, Freizeit, Ernährung und Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. Bei den Alleinerziehenden sind 77% von Transferleistungen abhängig. Das bedeutet, dass das Sicherstellen der materiellen Versorgung ein wesentlicher Bestandteil der Arbeit der SPFH ist. Die Unterstützung kann das Verhandeln mit Vermietern und Stadtwerken, das Abwenden von Zwangsräumungen, die Suche nach angemessenem Wohnraum, das Durchsetzen von Ansprüchen auf Transferleistungen oder das Vermitteln an eine Schuldnerberatung beinhalten (vgl. Helm & Schwertfeger, 2016, S. 162f.).

Die SPFH richtet sich überwiegend an Familien mit minderjährigen Kindern. Die eingeschränkte Erziehungskompetenz der Elternteile ist mit 35% der am häufigsten genannte Grund für die Gewährung dieser Hilfe (vgl. Helm & Schwertfeger, 2016, S.165).

Eine SPFH bewegt sich im Spannungsverhältnis von *Hilfe und Kontrolle*. Sie unterstützt einerseits Familien in der Verwirklichung ihrer Vorstellungen, andererseits kontrolliert sie, ob das bestehende Familienleben zentrale rechtliche und gesellschaftliche Normen erfüllt. Sie steht also vor der schwierigen Aufgabe, die allgemeinen gesellschaftlichen Normalitätsvorstellungen, die institutionellen Normalitätserwartungen, ihre eigene Vorstellungen und Erfahrungen sowie die Normalitätsvorstellungen ihrer Klienten zu vereinbaren und dies darüber hinaus mit dem gesetzlichen Auftrag ihres Arbeitsfeldes in Einklang bringen zu müssen (vgl. Helm & Schwertfeger, 2016, S.165f.).

2.2.3. Handlungsleitende Theorien und Arbeitsansätze der SPFH

Im Folgenden werden Theorien und Handlungsansätze der SPFH beleuchtet. Dabei sind die Begriffe *Systemorientierung*, *Lebensweltorientierung*, *Empowerment*, *Ressourcenorientierung* und *Sozialraumorientierung* relevant für diese Arbeit.

Systemorientierung

Wie bereits herausgearbeitet, ist die Tätigkeit der SPFH durch einen besonderen Auftrag, nämlich die Stabilisierung des gesamten Familiensystems, gekennzeichnet. Die Aufmerksamkeit der Fachkräfte gilt nicht primär den auffälligen Kindern, die oftmals die Symptomträger der Familien sind, sondern richtet sich auf die gesamte Familie als ein Kommunikations- und Beziehungssystem (vgl. Erler, 2011, S. 18). Ein System stellt eine zusammenhängende Ganzheit dar, in der jeder Teil direkt oder indirekt mit den anderen Teilen verbunden ist. Das bedeutet, dass eine Veränderung eines Teils auch Veränderungen der anderen Teile bewirkt. Demzufolge richtet sich der systemtheoretische Blick darauf, wie das gesamte System funk-

tioniert, also auf das Zusammenspiel des Ganzen. Über Kommunikation werden Muster reproduziert, die Zugehörigkeit und Entwicklungen, aber auch Störungen ermöglichen. Häufig leiden die Kinder darunter, dass sie emotional nicht ausreichend versorgt werden. Es kann beispielsweise zu verbalen Grenzüberschreitungen kommen, die weiterreichende Folgen für das Kind haben. Das Kind lernt, dass es seine Bedürfnisse nur durch aggressives und grenzüberschreitendes Verhalten kommunizieren kann (vgl. Roedenbeck, 2016, S. 139). Ziel der SPFH ist es, die Muster der Kommunikation zu erkennen und zu verstehen (vgl. Erler, 2011, S. 19). Aufgabe einer SPFH ist es z.B. durch Aktivitäten, Förderungsmaßnahmen oder andere Angebote Entwicklungsverzögerungen oder andere Defizite zu erkennen und auszugleichen.

Lebensweltorientierung

Die Fachkräfte sind durch den aufsuchenden Charakter dieser Hilfeform in besonderer Weise mit der alltäglichen Lebenswirklichkeit der Adressaten konfrontiert. Astrid Woog (2010, S. 175) beschreibt die „Beobachtung und [das] Gewinnen von Vertrauen“ als wesentliche fachliche Aspekte in der Vorbereitung pädagogischen Handelns. Erst durch das Vertrauen der Familie können ein Zugang zur realen Alltagswelt erschlossen und die Sichtweisen, lebensweltlichen Wahrnehmungs- und Handlungsmuster rekonstruiert werden (vgl. Woog 2010, S. 186ff.). Erst wenn sich die Fachkräfte der SPFH die Lebenswelt der Klienten unter verschiedenen Aspekten erschließen, kann pädagogische Einflussnahme im Sinn der Hilfe zur Selbsthilfe erfolgen (vgl. Woog 2010, S. 191).

Sozialraumorientierung:

Die Sozialpädagogische Familienhilfe zielt darauf ab, Familien in ihrer sozialen Situation zu beobachten, was bedeutet, ihre familialen und außerfamilialen Beziehungen zu berücksichtigen, ihr Eingebundensein in ein soziales Netzwerk zu beachten und die Strukturen des Wohnumfeldes einzubeziehen (vgl. Woog, 2010, S.26). Eine „fallunspezifische“ Arbeit soll zur Entdeckung von Ressourcen beitragen, um diese bei Bedarf mobilisieren zu können (vgl. Woog, 2010, S.28). Wenn Fachkräfte etwa in Kontakt mit Behörden und Schulen stehen und über die Verein-, Freizeit- und Versorgungsstruktur des Sozialraumes der Klienten informiert sind, können im Einzelfall nützliche Kooperationen und Unterstützungsangebote als soziale Ressourcen aktiviert werden.

Empowerment

Nach Woog (2010, S. 193) sollte, die SPFH Lern-, Entwicklungs- und Veränderungsprozesse in der Familie initiieren sowie die Adressaten als autonome, handlungs- und veränderungs-

fähige Individuen anerkennen. Ziel der Hilfe ist es nicht, die Familien durch auferlegtes Handeln umgehend zu entlasten, sondern ihnen aufzuzeigen, wie sie sich selbst entlasten und Probleme eigenverantwortlich und zukunftsorientiert lösen können (vgl. Woog 2010, S. 27).

Ressourcenorientierung

Begegnungen der SPFH mit ihren Klienten sind meist von Krisen, Problemen und Schwierigkeiten geprägt, die nicht nur den Inhalt der Kontakte bestimmen, sondern ebenfalls den Blick auf die Familie beeinflussen. Durch die von der Familie selbst geschilderten Probleme und durch eventuelle Meldungen von Kitas, Schulen oder Nachbarn konzentrieren sich oftmals alle Beteiligten meist lediglich auf die Defizite der Familien (vgl. Conen, 2015, S. 14). In manchen Familien fällt es schwer, Ressourcen und Kompetenzen zu erkennen. Diesen Familien fällt es selbst oftmals schwer, ihre eigenen Stärken und Fähigkeiten zu sehen. Es ist also zum einen von großer Bedeutung für die Arbeit mit Klienten eine wohlgestimmte, respektvolle und verständnisvolle Haltung einzunehmen, die Normalität betont, die Krisen von Familien in bestimmten Lebensphasen akzeptiert und bisherige positive Bewältigungsformen in den Vordergrund stellt (vgl. Conen, 2015, S. 16).

3. Lebenswelt von Kindern psychisch kranker Eltern

Um die Forschungsfrage dieser Arbeit nach Handlungsmöglichkeiten der SPFH zur Stärkung von Kindern in Familien mit einem psychisch kranken Elternteil klären zu können, ist zunächst eine Auseinandersetzung mit den subjektiven Belangen, Alltagsproblemen und besonderen Aufgaben der Zielgruppe erforderlich. Für die sozialpädagogische Intervention ist es unabdingbar, Risiko- und Belastungsfaktoren von Kindern psychisch kranker Eltern herauszuarbeiten und zugleich Faktoren in der Lebenswelt der Familie zu erkunden, die Anknüpfungspunkte für eine resilienzfördernde Arbeit der SPFH sein können. Diese Faktoren werden Gegenstand dieses Kapitels sein.

3.1 Risikofaktoren für die kindliche Entwicklung

3.1.1 Genetische und psychosoziale Einflüsse

Die sogenannte „High-Risk-Forschung“, befasst sich mit der Beobachtung, Beschreibung und Untersuchung von Gruppen mit hohem Erkrankungsrisiko. Ziel ist es, herauszufinden, in welchen Merkmalen sich diese Gruppen von unbelasteten Vergleichsgruppen unterscheiden. Die meisten der High-Risk-Längsschnittstudien wurden in den 60er- und 70er-Jahren des letz-

ten Jahrhundert begonnen und beziehen sich auf Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis (vgl. Plass & Wiegand-Grefe, 2012, S. 33). Wie bereits im vorangegangenen Kapitel herausgearbeitet, erhöht eine psychische Erkrankung innerhalb der Familie die Wahrscheinlichkeit für das dort lebende Kind, selbst eine Erkrankung zu entwickeln. Es gibt verschiedene methodische Herangehensweisen zur Untersuchung genetischer Einflüsse auf die Erkrankungswahrscheinlichkeit. Zwillings-, Adoptions- und andere Familienstudien prüfen, ob eine genetische Disposition für eine bestimmte psychische Störung ausschlaggebend ist (vgl. Plass & Wiegand-Grefe, 2012, S. 33). Durch die Adoptionsstudien wurde beispielsweise nachgewiesen, dass Kinder gesunder leiblicher Eltern, die in Familien aufwuchsen, in denen später ein Elternteil an einer Schizophrenie erkrankte, keine erhöhten Raten für diese Krankheit entwickeln. Die Konkordanzrate, weist daraufhin, dass die Entstehung der Schizophrenie zur einen Hälfte auf genetische Faktoren und zur anderen Hälfte auf Umweltfaktoren zurückgeführt werden kann (vgl. Plass & Wiegand-Grefe, 2012, S. 34). Die Entwicklung einer Schizophrenie, Zwangsstörung oder auch Angststörung vollzieht sich in einer Gen-Umwelt-Interaktion. Eine Studie, bei der Menschen mit unterschiedlich langen Allelen auf dem Serotonin-Transporter-Gen befragt wurden, zeigte, dass Menschen mit zwei kurzen Allelen eine um 60 Prozent erhöhte Wahrscheinlichkeit hatten, in Folge belastender Lebensereignisse an einer Depression zu erkranken. Bei Personen mit zwei langen Allelen hingegen konnte keine erhöhte Wahrscheinlichkeit festgestellt werden, im Lauf des Lebens eine Depression zu entwickeln. Es ist zum einen erwiesen, dass das Serotonin-Transporter-Gen einen entscheidenden Einfluss auf den Serotonin-Stoffwechsel im Gehirn hat und zum anderen, dass eine Unterversorgung mit Serotonin zur Entwicklung einer Depression führen kann (vgl. Plass & Wiegand-Grefe, 2012, S. 35). Diese Studie belegt, dass verschiedene genetische Merkmale eine unterschiedlich hohe Vulnerabilität hinsichtlich der Umweltbedingungen begründen, dass also die Konsequenzen belastender Lebensereignisse von der genetischen Ausstattung einer Person abhängen. Das Merkmal *psychische Erkrankung eines Elternteils* korreliert positiv mit zahlreichen Belastungsfaktoren (vgl. Lenz, 2014, S. 39). Es bleibt festzuhalten, dass genetische Merkmale bei der Entwicklung psychischer Störungen zwar eine Rolle spielen, jedoch lediglich eine Vulnerabilität vererbt wird. Die Entwicklung einer psychischen Störung hängt von Umweltfaktoren, den sogenannten psychosozialen Belastungen, ab. Unter psychosozialen Belastungsfaktoren werden sowohl individuelle Faktoren als auch umweltbezogene Faktoren verstanden, die unmittelbare familiäre sowie erweiterte soziale, sozioökonomische und soziokulturelle Lebensumstände beinhalten (vgl. Lenz, 2014, S.40). Die Forschung hat zahlreiche Umweltfaktoren identifiziert, die die psychische Entwicklung von Kindern beeinträchtigen können und die die

Wahrscheinlichkeit der Entstehung psychischer und psychosomatischer Erkrankungen erhöhen. Zu diesen Umweltfaktoren zählen

- ein niedriger sozioökonomischer Status und Armut,
- Arbeitslosigkeit in der Familie,
- beengte Wohnverhältnisse,
- sexueller Missbrauch,
- Misshandlungen,
- eine Disharmonie zwischen den Eltern,
- eine Scheidung oder Trennung der Eltern,
- die Betreuung durch einen alleinerziehenden Elternteil,
- der Verlust von wichtigen Bezugspersonen, insbesondere Verlust der Mutter sowie
- häufige Trennungen oder eine längere Trennung von den Eltern in den ersten sieben Lebensjahren (vgl. Lenz, 2014, S. 41).

In vielen Familien finden sich vereinzelte Risikofaktoren, die aber zumeist von Eltern und Kindern gut bewältigt werden können. Wenn sich Risikofaktoren jedoch häufen, können die Beeinträchtigungen im Alltag schwerwiegend sein. Die angeführten Risikofaktoren kommen besonders häufig in Familien mit einem psychisch kranken Elternteil vor. Betroffene Kinder sind deshalb häufig in doppelter Weise belastet: Aufgrund der genetischen Merkmale reagieren sie mitunter empfindlicher auf Umweltbelastungen als andere Kinder und wachsen zudem häufig unter besonders ungünstigen Bedingungen mit belastenden Faktoren auf (vgl. Matzejat & Lisofsky, 2011, S. 85).

3.1.2 Wenn Bindung zu einem Risikofaktor wird

Bindung bezeichnet das spezifische emotionale Band, das sich zwischen dem Kind und seinen Bindungspersonen, insbesondere zwischen kleinen Kindern und ihren primären Fürsorgefiguren, in der Regel den Eltern, entwickelt. Dieses Gefühlsband zwischen Mutter und Kind oder Vater und Kind ist immer einzigartig und stellt einen bedeutenden Schutzfaktor dar. Es wird durch die Beziehung geprägt und verbindet die Beteiligten, unabhängig vom Aufenthaltsort, über längere Zeit. Nach John Bowlby wird Bindungsverhalten als das angeborene Verhaltenssystem definiert, dessen Aufgabe darin besteht, Nähe zur schützenden Bezugsperson zu erhalten (vgl. Lenz, 2014, S. 190). Dieser primäre Mechanismus ist verantwortlich für die Regulation von Sicherheitsempfinden und das Überleben des menschlichen Säuglings. Das Bedürfnis nach Nähe zur schützenden Bezugsperson entsteht bei Gefahren, die entweder von

außen kommen und sich in Form von bedrohlichen Reizen aus der Umwelt manifestieren oder bei einer Trennung von der Bezugsperson. Ein durch Angst, Krankheit oder Müdigkeit ausgelöstes negatives Befinden verstärkt das Bedürfnis nach der Nähe der Bezugsperson. Dieses Bedürfnis nach Nähe bei Gefahren setzt gleich nach der Geburt ein und bleibt ein Leben lang bestehen (vgl. Lenz, 2014, S. 191). Im Säuglings- und Kleinkindalter wird die Nähe zur primären Fürsorge- und Bezugsperson, in der Regel die Mutter, hergestellt. In den ersten Monaten zeigt sich dies durch Verhaltensweisen des Säuglings wie Anklammern, Weinen oder Lächeln. Das Kind sucht bei der Bezugsperson nicht nur Sicherheit, sondern auch Trost in Form von Zuwendung bei negativen Emotionen. Das Bindungsverhaltenssystem steht in Abhängigkeit zu anderen Verhaltenssystemen, von denen John Bowlby insbesondere das Explorationssystem benannte. Dieses System arbeitet komplementär zum Beziehungssystem. Das bedeutet, dass die Bindungsbedürfnisse befriedigt sein müssen, damit das Kind seinem angeborenen Neugierverhalten nachgehen kann. Das Explorationsverhalten wird durch „die Motivation nach autonomen Erkunden der Welt“ (vgl. Lenz, 2014, S. 191) getragen, wobei die Bindungsfigur die sichere Basis für die Erkundungen darstellt. Tritt hier aus irgendeinem Grund doch Gefahr für das Kind auf, wird wieder das Bindungsverhaltenssystem aktiviert und die Exploration eingestellt. Während im Säuglings- und Kleinkindalter die Bindungsbeziehung in erster Linie durch körperliche Nähe gekennzeichnet ist, steht mit zunehmendem Alter des Kindes die psychische Nähe und die verbale Verständigung im Vordergrund. Ab dem Vorschul- und Grundschulalter vollziehen sich Generalisierungs- und Integrationsprozesse: das Kind kann jetzt, falls notwendig, Verhaltensweisen verändern und alternative Verhaltensstrategien entwickeln, die zum gewünschten Ziel führen (vgl. Lenz, 2014, S. 191). Komplementär zum Bindungsverhaltenssystem beim Kind wird in der Bindungstheorie ein Fürsorgesystem bei der Bindungsperson angenommen, das dafür sorgt, dass angemessen auf die Bedürfnisse des Kindes eingegangen wird. Der emotionale Austausch zwischen dem Kind und den Bindungsfiguren hat die Funktion, dem Kind ein Gefühl von Sicherheit und Vertrauen zu vermitteln, wenn es durch maximale Erschöpfung eigener Ressourcen auf die Unterstützung einer Bindungsperson angewiesen ist. Das Kind entwickelt über sein Bindungsverhalten und die Reaktion der Bindungsperson eine innere Repräsentation von Bindung. Diese Repräsentation hat Einfluss darauf, in wie weit die Bindungsperson eine sichere Basis in alltäglichen Interaktionssituationen darstellt (vgl. Lenz, 2014, S. 191).

Worin besteht die Qualität des elterlichen Fürsorgesystems? In der Bindungsforschung herrscht Einigkeit darüber, dass die elterliche Feinfühligkeit die Schlüsselvariable für eine sichere Bindung des Kindes darstellt. Mary Ainsworth, die diesen Begriff geprägt hat, definiert

Feinfühligkeit anhand von vier Merkmalen. Die Bindungsfähigkeit der Mutter bedeutet, dass die Mutter *die Signale des Kindes wahrnimmt* und ihre Aufmerksamkeit auf das Kind richtet und *die Signale des Kindes richtig interpretiert* d.h. sie kann sich in ihr Kind hineinversetzen. Die Interpretation ist nicht von ihren eigenen Bedürfnissen geprägt, sondern von den Signalen des Kindes geleitet. Die Bindungsfigur *reagiert angemessen* auf die Signale des Kindes, sie befriedigt also die momentanen Bedürfnisse des Kindes so weit, wie von ihm verlangt. *Die Unmittelbarkeit* der elterlichen Reaktion auf das Verhalten des Kindes, vermittelt dem Kind ein Gefühl von Kontrolle im Unterschied zur Hilflosigkeit (vgl. Lenz, 2014, S. 192f.).

Sicher gebundene Kinder suchen Nähe und Kontakt zu der Bindungsperson oder die Interaktion mit ihr, wenn sie belastet sind oder sich in einer Stresssituation befinden. Sie machen die Erfahrung, dass die Bindungsperson ihnen fürsorgliche Unterstützung bietet und ihre Bedürfnisse zuverlässig befriedigt. Auf die Bindungsrepräsentation bezogen entwickeln sicher gebundene Kinder ein inneres Arbeitsmodell einer unterstützenden und fürsorglichen Bindungsperson und ein Bild von sich selbst, das positiv auf die eigene Selbstwahrnehmung wirkt sowie der eigene Selbstwert stärkt. (vgl. Lenz, 2014, S. 196) *Unsicher-vermeidend gebundene* Kinder haben Erfahrungen von Ablehnung und Zurückweisung durch ihre Bindungsperson gemacht, wenn sie nach Schutz und Nähe suchten. Beziehungsbezogene Gefühle, besonders negative, werden nicht gezeigt und von den Kindern mit ablehnenden Aktivitäten zu überspielen versucht. Unsicher-gebundene Kinder haben ein inneres Arbeitsmodell der Bindung entwickelt, das durch ein Modell einer zurückweisenden, wenig feinfühligem Bindungsperson und von einem Bild von sich selbst als wenig geliebt und erfolglos im Einholen von emotionaler Unterstützung geprägt ist (vgl. Lenz, 2014, S. 196f.). *Unsicher-ambivalent gebundene* Kinder haben kontinuierlich die Erfahrung gemacht, dass das Verhalten der Bindungsperson unberechenbar oder inkonsequent ist. Sie haben keine Sicherheit, ob in einer Angstsituation die benötigte Nähe und Zuwendung von der Bindungsperson erbracht wird. Ihre Erfahrungen reichen von sehr positiv bis zu ablehnend negativ. Aus dieser Unsicherheit heraus versuchen diese Kinder, sich einer ständigen Verfügbarkeit der Bindungsperson zu vergewissern. Sie verfügen über ein mangelndes Explorationsverhalten, weil ihr Bindungssystem dauerhaft aktiviert ist. Unsicher-ambivalent gebundene Kinder entwickeln ein negatives inneres Arbeitsmodell vom eigenen Selbst, weil durch die Unzuverlässigkeit der Bindungsperson negative Emotionen entstehen (vgl. Lenz, 2014, S. 197). *Unsicher-desorganisiert gebundene* Kinder erfahren mit der Bindungsperson ängstigende Interaktionen. Es fehlt ihnen an jeglicher Strategie. Aufgrund des ängstigen oder ängstlichen Verhaltens der Bindungsperson ist das in-

neren Arbeitsmodell dieser Kinder von Widersprüchen und Brüchen gekennzeichnet. Trotzdem können diese Kinder im Kindergartenalter eine Strategie kontrollierten Verhaltens entwickeln, mit der sie in der Lage sind, die Kontrolle über die Situation zu übernehmen. Das Kind übernimmt dann die Fürsorge und die Verantwortung für die Bindungsperson oder verhält sich aggressiv, in dem es beispielsweise die Eltern schlägt oder wie ein erwachsener Partner reagiert. Es kommt dabei häufig zu Parentifizierungen (vgl. Lenz, 2014, S. 197f.).

Die Annahme, dass eine sichere Bindung während der Säuglingszeit und Kindheit eine positive Entwicklung der Kinder gewährleistet, konnte mittlerweile in zahlreichen Untersuchungen bestätigt werden. Psychisch kranke Eltern sind oftmals nicht in der Lage, den emotionalen Austausch mit dem Kind herzustellen bzw. aufrecht zu erhalten, um dem Kind ein Gefühl von Sicherheit und Vertrauen zu vermitteln. Dazu fehlt es ihnen oftmals an Empathiefähigkeit und emotionaler Erreichbarkeit. Unsichere oder desorganisierte Bindungsmuster treten häufig im Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen gepaart mit psychosozialen Belastungen der Eltern und chronischen Disharmonien in der Partnerschaft auf (vgl. Lenz, 2014, S. 200).

¹Bindung ist ein bedeutender Schutzfaktor, der sich positiv auf die kindliche Entwicklung auswirkt. Im Falle einer psychischen Erkrankung kann es zu Beeinträchtigungen der Bindung zwischen der Mutter oder Vater kommen. Die innere Repräsentation der Bindung, die das Kind durch die Beziehung zu seinen Bezugspersonen entwickelt, wird auf spätere Bindungen übertragen. Ist das Kind unsicher oder desorganisiert gebunden, kann es passieren, dass es ihm im auch noch im Erwachsenenalter schwer fällt, sichere Bindungen einzugehen und aufrechtzuerhalten.

3.1.3 Risiko einer Kindeswohlgefährdung in betroffenen Familien

Eine Kindeswohlgefährdung tritt sowohl in Form von Gefahren für die psychische, als auch physische Gesundheit und das Leben der Kinder auf. Sie stellt eine Belastung für die soziale und emotionale Entwicklung dar (vgl. Lenz, 2014, S. 44). Der Begriff des Kindeswohls ist ein unbestimmter Rechtsbegriff aus dem Familienrecht, der nicht abschließend und vollständig definiert ist und daher der Auslegung bzw. Fixierung im Einzelfall bedarf. Generell wird darunter das Recht des Kindes auf eine Förderung seiner Entwicklung und seiner Erziehung zu einer eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit verstanden (vgl. Lenz, 2014, S. 45f.). Das Kindeswohl orientiert sich an den Grundbedürfnissen des Kindes. Zu diesen

¹ Abschnitte, die nicht belegt werden, stammen von der Autorin dieser Bachelor-Thesis.

zählen primäre Bedürfnisse wie beispielsweise nach Nahrung und Hygiene, die Bedürfnisse nach Bindung, Wertschätzung, Sicherheit und körperlicher Unversehrtheit sowie das Bedürfnis nach kognitiver, emotionaler, ethischer und sozialer Anregung, das gleichermaßen über Spielen und Lernen erfüllt wird. Das Kind benötigt darüber hinaus Förderung, die Vermittlung von Kulturtechniken, Orientierung durch Verbote sowie die Gewährung sozialer Kontakte. Die primäre Verantwortung für die Erziehung und den Schutz des Kindes vor Gefahren weist das Grundgesetz den Eltern zu (vgl. Lenz, 2014, S. 46). In Art. 6 Abs. 2 Satz 1 des Grundgesetzes heißt es: „Pflege und Erziehung sind das natürliche Recht der Eltern und die zuvörderst Ihnen obliegende Pflicht“. Ebenso wie bei dem Begriff Kindeswohl handelt es sich auch bei dem Begriff Kindeswohlgefährdung um einen unbestimmten Rechtsbegriff. Der Begriff entstammt dem Kindschaftsrecht des Bürgerlichen Gesetzbuches. Dort wird von Kindeswohlgefährdung gesprochen, wenn das elterliche Verhalten in einem solchen Ausmaß in Widerspruch zu den körperlichen, geistigen, seelischen oder erzieherischen Bedürfnissen des Kindes steht, dass mit großer Wahrscheinlichkeit erhebliche Beeinträchtigungen in der Entwicklung oder Schädigungen des Kindes drohen (vgl. Lenz, 2014, S. 44). Als spezifische Gefährdungsursachen für das Kindeswohl werden i.d.R. körperliche Misshandlung, emotionale Misshandlung, Vernachlässigung und sexueller Missbrauch unterschieden. Kindesmisshandlung beinhaltet neben der akuten Gefährdung für die Gesundheit und das Leben auch mittel- und langfristige Gefährdung des positiven kindlichen Verhaltens sowie der Persönlichkeitsentwicklung (vgl. Lenz, 2014, S. 47f.).

Vernachlässigung wird vorwiegend bei nicht beziehungsweise wenig responsiven Eltern beobachtet, die für das Kind emotional nicht erreichbar sind. In einer prospektiven Studie wurde eine Gruppe von 1575 schwangeren Frauen wissenschaftlich begleitet bei welcher beispielsweise aufgrund einer psychischen Erkrankung ein besonderes Risiko für die kindliche Entwicklung angenommen wurde. Es zeigte sich, dass nach acht Jahren 30 Prozent der Familien aus der Risikogruppe wegen des Verdachts auf Vernachlässigung, Misshandlung oder sexuellen Missbrauch dem Jugendamt gemeldet wurden. Diese Erkenntnisse bestätigte eine weitere Studie. In einer Befragung von über 8500 Personen zu psychischen Erkrankungen ihrer Eltern sowie zu Erfahrungen mit körperlicher Misshandlung und sexuellem Missbrauch wurde festgestellt, dass diejenigen, die über eindeutige Symptome psychischer Krankheiten der Eltern berichteten, zwei- bis drei Mal häufiger Opfer von Vernachlässigung, Misshandlung und sexuellem Missbrauch waren als die unbelastete Vergleichsgruppe. Es kann davon ausgegangen werden, dass die psychische Misshandlung die häufigste Form der Kindesmisshandlung darstellt und besonders gravierende Auswirkungen auf die Entwicklung der Kinder

hat. Wird das Kind etwa permanent als Last oder wertlos gesehen und behandelt, wie es bei depressiven oder psychotischen Eltern vorkommen kann, so ist ohne korrigierende Beziehungserfahrungen eine positive Persönlichkeitsentwicklung kaum möglich. Als Kindesmisshandlung kann ebenfalls Parentifizierung in der destruktiven Form verstanden werden. Beispielsweise weisen Eltern hier ihrem Kind eine nicht kindgerechte Rolle zu oder vernachlässigen beziehungsweise ignorieren die kindlichen Bedürfnisse. Insgesamt scheint das Vernachlässigung- und Misshandlungsrisiko zu steigen, wenn tatsächlich beide Elternteile psychisch krank sind, zu der psychischen Erkrankung schwierige psychosoziale Bedingungen hinzukommen und darüber hinaus soziale Unterstützung fehlt oder zu wenig mobilisiert werden kann (vgl. Lenz, 2014, S. 47ff.).

In Familien mit psychisch erkrankten Eltern besteht ein deutlich erhöhtes Gefährdungspotenzial für das Kindeswohl.

3.2 Belastungsfaktoren durch die Erkrankung der Eltern

3.2.1 Erschwerte Interaktionen und veränderte Rollen

Die psychische Erkrankung der Eltern hat multiple Auswirkungen auf die Interaktionen mit dem Kind, da die Beziehung zu einem erkrankten Elternteil beeinträchtigt ist. In einem familiären System, in dem eine psychische Erkrankung auftritt, können die verschiedenen Rollen der einzelnen Mitglieder oftmals nicht kontinuierlich wahrgenommen werden. Es kommt zum Rollentausch. Die verschiedenen Störungen des familiären Systems werden im Folgenden näher betrachtet.

Eltern können sich ohne darüber nachzudenken intuitiv verhalten und ihr Verhalten dem Kind anpassen, indem sie sich in Mimik, Gestik und Tonfall auf das Kind einstellen. In der vorsprachlichen Phase werden Informationen über Ereignisse in der Umwelt oder Gefühlszustände anhand nonverbaler Kommunikation wie der Körpersprache weitergegeben. Hingegen werden bei der verbalen Kommunikation intuitiv die Stimmlage angehoben und weiche Laute bevorzugt eingesetzt, die das Kind beruhigen sollen (vgl. Lenz, 2014, S. 212). Psychisch belastete oder kranke Menschen sind in ihren Möglichkeiten des lebendigen gegenseitigen affektiven Austauschs mit anderen, der Intersubjektivität, aber auch der aufmerksamen Fürsorge, des Mitdenkens und- planens für andere zumindest zeitweise mehr oder weniger eingeschränkt (vgl. Lenz & Jungbauer 2008, S. 39). Die Interaktion zwischen psychisch erkrankten Müttern und ihren Kindern ist erheblich begrenzt. Krankheitsbedingte Einschränkungen kön-

nen in der Empathie und emotionalen Verfügbarkeit der erkrankten Mutter auftreten. Aufgrund der Erkrankung ist ihre mütterliche Feinfühligkeit, die kindlichen Signale wahrzunehmen, sie richtig zu interpretieren sowie prompt und angemessen darauf zu reagieren eingeschränkt. Sie ist nicht in der Lage zur emotionalen Perspektivübernahme. Der Blickkontakt, sowie Lächeln, Sprechen, Imitieren, Streicheln und Interaktionsspiele fallen ihr schwer (vgl. Lenz & Jungbauer 2008, S. 40). Die Kinder entwickeln mit der Zeit verschiedene Strategien, um die Belastungen aufgrund der gestörten Interaktionen bewältigen zu können. Die US-amerikanischen Therapeutinnen Sharon Wegscheider und Claudia Black beschrieben 1988 unabhängig voneinander vier Rollen, die Kinder aus alkoholbelasteten Familien in Form einer Bewältigungs- oder Überlebensstrategie typischerweise einnehmen. Experten, die sich mit Kindern psychisch kranker Eltern beschäftigen, haben diese vier Rollen inzwischen auch für die Kinder aus damit belasteten Familien übernommen. Ob Alkoholsucht oder Schizophrenie-Kinder in den betroffenen Familien reagieren ähnlich. Um zu verstehen, welche möglichen Auswirkungen eine Kindheit mit einem psychisch erkrankten Elternteil auf ein Kind haben kann, ist es hilfreich, die Rolle zu betrachten, die das Kind in seiner Familie einnimmt (vgl. Roedenbeck, 2016, S. 28ff.). Jedes Kind nimmt, auch in einem gesunden Familiensystem, eine von vier Rollen, oder eine Kombination dieser Rollen, ein. Die vier Rollen sind die Heldenrolle, die Rolle des schwarzen Schafs, die des stillen Kindes und die des Clowns. Die Rollen an sich sind nicht schädlich, so lange sie angemessenen eingenommen werden können. Damit das geschehen und das Kind sich emotional gesund entwickeln kann, ist mindestens ein Erwachsener im nahen Umfeld des Kindes erforderlich, der die Bedürfnisse des Kindes nach Bestätigung, Anteilnahme, Verlässlichkeit und Berechenbarkeit in Beziehungen erfüllt. Ist dies nicht der Fall und dauert dieser Zustand über eine längere Zeit an oder kehrt immer wieder, ergeben sich negative Auswirkungen auf die Entwicklung des Kindes. Welche Rolle ein Kind in seiner Familie einnimmt, hängt stark davon ab, in welcher Geschwisterkonstellation es aufwächst, welches Geschlecht und welches Grundtemperament es hat. So sind es beispielsweise häufig die Einzelkinder, aber auch die ältesten Kinder, eher Mädchen und extrovertierte Kinder, die die *Heldenrolle* einnehmen. Wenn sich diese Rolle aufgrund hoher Belastung bei einem Kind extrem ausprägt, fühlt es sich für das Wohl der gesamten Familie verantwortlich. Dies kann zu völliger Überforderung führen. Das Kind führt dann beispielsweise den Haushalt, versorgt den Erkrankten emotional, sorgt in manchen Fällen für den gesunden Elternteil oder kümmert sich um die Geschwister. Wird der Held aus der Familie genommen, muss sich das ganze System neu aufstellen. Dem Helden fällt es schwer, die eigenen Bedürfnisse in den Vordergrund zu stellen und sich abzugrenzen. Sie müssen die Erfahrung machen, an ihrer großen Aufgabe, die Familie zu retten und den erkrankten Elternteil zu stabilisieren, scheitern – egal,

wie viel Mühe sie sich geben. Die Folgen sind oft ein geringes Selbstwertgefühl, Angst vor Kontrollverlust und andere Ängste. Durch ihr erwachsenes Auftreten und ihre guten Schulleistungen wird die Belastung dieser Kinder oft unterschätzt. Andere Geschwisterkinder, die eher introvertiert sind, machen sich unsichtbar, laufen mit. Das sind die sogenannten stillen Kinder. Das *stille Kind* zieht sich in seine innere Welt zurück, macht die Dinge mit sich selbst aus, versucht, nicht aufzufallen oder andere zu belasten. Weil dieses Verhalten angenehm für die Erwachsenen sein kann, wird, wie bei dem Helden auch, der Belastungsfaktor oftmals unterschätzt. Die Kinder, die die Rolle der *schwarzen Schafe* annehmen werden oftmals noch auffälliger als der Erkrankte selbst. Sie rebellieren, zeigen delinquentes Verhalten und sind verhaltensauffällig, um Aufmerksamkeit zu erlangen. Der Vorteil dieser Rolle besteht darin, dass die Eltern durch das Verhalten des Kindes merken, dass sie Hilfe benötigen. Auf diesem Weg erhält oft die ganze Familie Hilfe. Denn nur, wenn verhaltensauffällige Kinder als therapiebedürftig erkannt und damit als therapieberechtigt anerkannt werden, dürfen sie auf Hilfe hoffen. *Das schwarze Schaf* ist mutig, spricht Dinge direkt an und kann sich abgrenzen. Im Gegensatz zu den anderen Rollen spürt es seine Wut und Trauer. Die Rolle, die häufig die jüngsten Kinder einnehmen, nennt sich *der Clown*. Diese Kinder sind oftmals sehr niedlich und humorvoll, um auf diesem Weg die Aufmerksamkeit auf sich zu lenken. Diese Kinder merken, dass im Familiensystem etwas nicht stimmt, können dieses Gefühl aber nicht einordnen, weil niemand mit ihnen darüber spricht. Kinder, die diese Rolle einnehmen, wirken oft unreif, unkonzentriert oder unruhig. Allen Kindern ist gemein, dass sie eine konstante Bezugsperson brauchen, die ihnen ermöglicht, ihre Rolle einzunehmen. Im Erwachsenenalter kann es ihnen passieren, dass sie einen Partner auswählen, mit dem sie die Muster der Kindheit erneut durchleben (vgl. Roedenbeck, 2016, S. 28ff.).

Eltern, die an einer psychischen Erkrankung leiden, können ihre Elternrolle oftmals nicht wahrnehmen und sich nicht adäquat um das Kind kümmern. In einem solchen Fall kehren sich die Rollen um und das Kind übernimmt die Elternrolle. Es kümmert sich um sich selbst und um die Eltern. Dieser Rollentausch wurde von dem ungarischen Psychotherapeuten Bös-zörmenyi-Nagy erstmals als „Parentifizierung“ benannt. Die Folgen sind vielfältig und nicht eindeutig negativ oder positiv. Es kann für die Bewältigung von Ohnmachtsgefühlen für das Kind hilfreich sein, etwas Konkretes zu tun, damit es dem kranken Elternteil besser geht. Voraussetzung dafür ist, dass das Kind nur Aufgaben übernimmt, welche seinem Alter entsprechen und genug Raum und Zeit bleibt, um sich den eigenen Interessen zu widmen. Ist das nicht der Fall und dauert die Rollenumkehrung über einen längeren Zeitraum an, kann dies schädliche Folgen für die emotionale Entwicklung des Kindes haben. Langzeitfolgen einer

Parentifizierung können Depressionen, ein geringes Selbstwertgefühl, Identitäts- und Ablöseprobleme und u.U. sogar suizidales Verhalten sein (vgl. Roedenbeck, 2016, S. 33).

3.2.2 Bewältigung der spezifischen Entwicklungsaufgaben

Neben den im Unterkapitel 3.2.1. dargestellten spezifischen Belastungsfaktoren, die im Kontext einer elterlichen psychischen Erkrankung entstehen, darf nicht vernachlässigt werden, dass betroffene Kinder auch normative biografische Entwicklungsaufgaben zu bewältigen haben. Menschen stehen im Lauf ihres Lebens vor alterstypischen Herausforderungen, die sich aus körperlichen Reifungsprozessen, soziokulturellen Erwartungen und intrapsychischen Regulationsmechanismen ergeben und in der Auseinandersetzung mit der Umwelt gelöst werden müssen (vgl. Sahli, 2014, S. 24). Der Psychoanalytiker Erik H. Erikson (1902 – 1994) beschreibt in seinem Entwicklungsmodell acht altersabhängige Entwicklungsstufen vom Säuglingsalter bis ins hohe Erwachsenenalter. Jede Entwicklungsstufe ist geprägt durch spezielle Krisen, die Entwicklungsaufgaben beinhalten, die der Mensch zu bewältigen hat. Gelingt es nicht, eine Krise zu bewältigen, wird das Individuum die damit verbundenen Probleme mit in die nächste Entwicklungsstufe tragen. Im Gegensatz zu Sigmund Freud, der in seiner Theorie der psychosexuellen Entwicklung davon ausgeht, dass die kindliche psychische Entwicklung durch die Bewältigung von Entwicklungsaufgaben geschieht, die durch das Ausleben kindlicher sexueller Reize gesteuert werden, legt Erikson seinen Fokus auf soziale Faktoren (vgl. Siegler, DeLoache & Eisenberg, 2011, S.338f.).

Die Bewältigung von Entwicklungsaufgaben beeinflusst neben dem psychischen Wohlbefinden auch den Kompetenzaufbau der Kinder und gilt als Basis für eine gesunde Entwicklung. Damit dies gelingen kann, sind Kinder in vielen Bereichen auf die Unterstützung ihrer unmittelbaren Umgebung, besonders auf die ihrer nahestehenden Bezugspersonen, angewiesen. Nicht gelöste altersspezifische Entwicklungsaufgaben bergen hingegen gravierende Komplikationen für den weiteren Reifungsprozess. Da die notwendige Unterstützung durch die Eltern aufgrund ihrer gesundheitlichen Probleme häufig nicht in ausreichendem Maß erfolgt, müssen die altersspezifischen Entwicklungsaufgaben auch seitens der pädagogischen Intervention berücksichtigt werden (vgl. Sahli, 2014, S. 24).

3.2.3 Mögliche Konflikte auf der Paarebene der Eltern

In der Paarbeziehung der Eltern spiegelt sich ein weiterer protektiver Faktor der Familie wider. Lenz (2014, S. 207) vergleicht die Eltern mit den „Architekten der Familie“, die das soziale Fundament errichten. Der familiäre Lebensbereich wird in entscheidender Weise sowohl

durch die Konfliktlösungsstrategie als auch durch die stattfindende Kommunikation der Eltern beeinflusst und dient den Kindern als Lern- und Entwicklungsfeld (vgl. Lenz 2014, S. 158f). Familiäre Stabilität, die größtenteils durch gemeinsame Unternehmungen, familiäre Rituale oder strukturierte Tagesabläufe erreicht wird, ist für Kinder ein wichtiger Resilienzfaktor und kann vor allem in Krisenzeiten pathologischen Entwicklungsverläufen entgegenwirken (vgl. Lenz 2014, S. 158f).

Im Rahmen des systemischen Ansatzes ist häufig von funktionierenden Familien oder von funktionalen und dysfunktionalen Beziehungsmustern die Rede. Durch diese Begriffe wird eine Wertung der Beziehungsmuster als *normal bzw. gesund* und *nicht normal bzw. krank* vermieden und gleichzeitig ein Bezug zu den Funktionen einer Familie hergestellt. Eine Familie hat neben dem psychosozialen Schutz ihrer Mitglieder die Aufgaben, normative Übergänge und Stressoren zu bewältigen, sich an die jeweilige Kultur anzupassen und diese Kultur an die Kinder weiterzugeben. Darüber hinaus hat die Familie eine zentrale Bedeutung für die Entwicklung eines Identitätsgefühls, welches u.a. durch die Differenzierung der Identität durch Zugehörigkeit und Getrenntsein entsteht (vgl. Lenz & Jungbauer, 2008, S. 139). Von dysfunktionalen Beziehungsmustern wird dann gesprochen, wenn die Familie eine oder mehrere der oben genannten Funktionen nicht oder nicht mehr erfüllen kann. Die Yale Family Study, die 1984 durchgeführt wurde, konnte einen deutlichen Zusammenhang zwischen psychischen Erkrankungen eines Elternteils und einer erhöhten Scheidungsrate feststellen. In Paarbeziehungen, in denen ein Partner erkrankt ist, gibt es häufiger bzw. schwerere Konflikte als in Familien mit gesunden Elternteilen. Partner*innen psychisch kranker Menschen fühlen sich durch die Krankheit und deren Folgen für das Familienleben stark belastet (vgl. Lenz & Jungbauer, 2008, S. 141f.). So werden nicht nur Unterbrechungen in der familiären Alltagsroutine, beispielsweise wenn der erkrankte Partner nicht zur Arbeit gehen kann, als problematisch erlebt, sondern auch Schwierigkeiten mit Nachbarn, die Entfremdung von Freunden, die Vernachlässigung anderer Familienmitglieder und finanzielle Probleme als negative Konsequenzen erfahren. Als weitere belastende Symptome der Erkrankung werden mangelndes Interesse, Hoffnungslosigkeit, Reizbarkeit, Schlafstörungen, aber auch eigene emotionale Reaktionen wie Wut, Angst oder Scham sowie Schuldgefühle beschrieben (vgl. Lenz & Jungbauer, 2008, S. 141f.). Die Qualität der Paarbeziehung beeinflusst das Familiensystem und die familiäre Funktionalität in entscheidender Weise. Sie entscheidet gleichermaßen über das persönliche Wohlbefinden der Partner, über die Qualität der Eltern-Kind-Beziehung und über die emotionale Entwicklung der Kinder. Im Wesentlichen hängt die Qualität der Partnerschaft

von zwei Kompetenzen ab: von der Fähigkeit, angemessen zu kommunizieren, von der Fähigkeit, die eigenen Überlegungen und Gedanken mitzuteilen sowie von einer Problemlösekompetenz, durch die Alltags- und Partnerschaftsprobleme gemeinsam effektiv bearbeitet und tragfähige Lösungen gefunden werden (vgl. Lenz, 2014, S. 209). Die psychische Erkrankung eines Partners zieht häufig eine negative Veränderung der Paarbeziehung nach sich. Die Qualität der Paarbeziehung wird von Ängsten hinsichtlich des Gesundheitszustands des Erkrankten und der Zukunft von Kindern und Familie beeinträchtigt. Aus Furcht vor der Verschlimmerung der krankheitsbedingten Probleme werden Auseinandersetzungen und Konflikte vermieden (vgl. Lenz, 2014, S. 210).

3.2.4 Sozial-ökonomische Folgen

Der Entwicklungspsychologe Urie Bronfenbrenner (1917-2005) hat das so genannte sozial ökologische Entwicklungsmodell erstellt, das die Entwicklung in unterschiedliche Welten eingebettet sieht, die wie konzentrische Kreise um das sich entwickelnde Kind herum angesiedelt sind und sich gegenseitig beeinflussen. Das Kind entwickelt sich somit in bedeutenden Beziehungen, die wiederum in eine Familie mit einem bestimmten Klima, eingebettet sind. Das ist das sogenannte Mikrosystem. Hiervon gehen die meisten direkten Einflüsse auf das Kind aus. Später kommen noch die Erfahrungen in den Kindertageseinrichtungen, Schule und in der Nachbarschaft dazu. Durch die Qualität dieser unmittelbaren Erfahrungen wird die Entwicklung bestimmt (vgl. Suess & Burat-Hiemer, 2009, S. 41).

Neben den familiären Lebensumständen und den individuellen Faktoren beim Kind sind weitere Faktoren zu berücksichtigen, die die Auswirkungen der elterlichen Erkrankung auf die Entwicklung der Kinder mitbestimmen, dass soziale Belastungsfaktoren wie finanzielle Probleme und Schulden, Armut und Arbeitslosigkeit sowie schwierige Wohnverhältnisse das Risiko für die Entstehung psychischer Erkrankungen bei Kindern erhöhen. In Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil sind ebendiese Belastungsfaktoren häufig zu finden. Hinzu kommen Belastungen durch Stigmatisierungen und Diskriminierungen aufgrund der psychischen Störung der Eltern sowie soziale Isolation und mangelnde Unterstützung im sozialen Umfeld durch Verwandte oder andere Bezugspersonen (vgl. Lenz & Wiegand-Grefe, 2016, S. 31). Eine soziale Isolation geht in Familien mit psychisch kranken Eltern oftmals mit der Tabuisierung und dem durch die Eltern ausgesprochenen Kommunikationsverbot einher. Der Rückzug der Familie aus sozialen Kontakten kann auf die Angst vor Verachtung und vor mangelnder sozialer Anerkennung zurückgeführt werden. Wie folgende Aussage exempla-

risch zeigt, erfahren auch Heranwachsende Stigmatisierungen und werden mit negativen Reaktionen konfrontiert, wenn Gleichaltrige von dem irritierenden Verhalten der erkrankten Eltern erfahren.

Ja und Mama möchte das auch nicht, dass ich mit anderen Kindern oder mit dem Lehrer in der Schule und darüber rede und so was (...) das hat sie mir gesagt (...) Das wäre schon sehr unangenehm, dass das alle wissen. – Aussage einer Achtjährigen. (Lenz, 2014, S. 101)

Diskriminierende Äußerungen, Demütigungen, Schamgefühle und die anhaltende Angst, andere könnten vom bizarr wirkenden Verhalten des erkrankten Elternteils Kenntnis erlangen, tragen dazu bei, dass Kinder ihre Freunde nicht nach Hause einladen, sich zurückziehen und sich in eine Außenseiterrolle begeben (vgl. Lenz, 2014, S. 101). Im Sinne der beschriebenen Parentifizierung kommt außerdem ein Gefühl der Unentbehrlichkeit hinzu. Kinder psychopathologischer Eltern befürchten, dass ihre Abwesenheit katastrophale Folgen für den erkrankten Elternteil verursacht und haben aufgrund ihrer Konzentration auf die Eltern keinen Freiraum für den Aufbau und die Aufrechterhaltung sozialer Netzwerke außerhalb der Familie. Diese fehlenden sozialen Außenkontakte verhindern zudem die Aktivierung von Unterstützungs- und Entlastungshilfen von nahstehenden außerfamiliären Bezugspersonen (vgl. Plass & Wiegeand-Grefe, 2012, S. 27).

3.3 Resilienz als ein wichtiger Schutzfaktor in der kindlichen Entwicklung

Beim Betrachten möglicher Auswirkungen der Belastungsfaktoren stellt sich die Frage, warum es manchen Kindern gelingt, ihre Kindheit psychisch gesund zu überstehen und aus ihren Erfahrungen heraus Kompetenzen für ihr weiteres Leben zu entwickeln (vgl. Roedenbeck, 2016, S.38). Trotz multipler Belastungen entwickeln nicht alle Kinder psychisch kranker Eltern eine psychische Störung (vgl. Lenz, 2014, S. 149). Das konnte bereits 1972 durch die Langzeitstudie *Die schizophrenen Geistesstörungen im Lichte langjähriger Kranken- und Familiengeschichten* von Bleuler nachgewiesen werden. Bleuler beobachtete die Entwicklung von 184 Kindern schizophrener Erkrankter und stellte fest, dass drei Viertel von ihnen gesund blieben. Widerstandsfähige Kinder, die sich an Krisensituationen anpassen können und denen es gelingt, gestärkt daraus hervorzugehen, werden als resilient bezeichnet. Resilienz bedeutet „psychische Widerstandsfähigkeit“ (vgl. Lenz, 2014, S. 150). Antworten auf die Fragen, warum Kinder trotz multipler Belastungen und Risikoerfahrungen anscheinend unverletzt bleiben und weshalb sie Belastungen ohne ernsthafte bzw. langfristige Störungen überstehen und eine relativ gute Entwicklung nehmen, gibt die Resilienzforschung (vgl. Lenz, 2014, S. 150). Bisherige Forschungen haben gezeigt, dass resiliente Menschen auf ihre Fähigkeit vertrauen,

die Kontrolle über ihr Leben selbst zu übernehmen, dass sie in der Lage sind, sich Hilfe zu holen und dass sie eine hohe emotionale Intelligenz besitzen. Sie kennen Bewältigungsstrategien und wissen sich zu schützen. Das bedeutet nicht, dass resiliente Kinder weniger unter den Folgen der elterlichen Erkrankung leiden, aber es sind Faktoren vorhanden, die dieses Leid verringern. Zu diesen Faktoren gehören zum einen personale Faktoren wie Flexibilität, Optimismus, Aktivität oder ein gesundes Selbstvertrauen und zum anderen externe Faktoren wie stabile Beziehungen zu Außenstehenden (vgl. Roedenbeck, 2016, S.39).

3.3.1 Persönliche Schutzfaktoren

Einen enormen Stellenwert besitzen die persönlichen Eigenschaften und Fähigkeiten, die Kinder im Umgang mit schwierigen und belastenden Lebensumständen einsetzen können. Im Folgenden sollen einige schützende Merkmale, die in der Forschung konkreter ermittelt werden konnten, genauer vorgestellt werden. Ein ausgeglichenes Temperament ist ein Schutzfaktor. Bereits im Säuglingsalter werden widerstandsfähige Kinder von ihren Bezugspersonen als aktiv, liebevoll und aufgeschlossen beschrieben. Sie können sich gut an neue Situationen anpassen und sind im Kontakt freudig, ausgeglichen und fröhlich. Psychisch widerstandsfähige Kinder besitzen gut entwickelte Selbsthilfefertigkeiten. Sie versuchen selbst, Lösungen für ihre Probleme zu finden, können aber auch um Hilfe bitten, wenn sie allein nicht mehr weiter wissen. Gegenüber neuen Erfahrungen zeigen sie sich offen und neugierig und erkunden aktiv ihre Umwelt. Resiliente Kinder verfügen im Alter von ca. 10 Jahren über gut entwickelte Problemlöse- und Kommunikationsfähigkeiten und zeichnen sich durch ein ausgeprägtes Selbstvertrauen und ein positives Selbstwertgefühl aus. Sie sind in der Lage, ihre Gefühle ausdrücken und Signale anderer Person zu verstehen. Sie haben ein positives Bild von ihrer eigenen Person und schrecken vor neuen Situationen nicht zurück, sondern sehen diese als Herausforderung. Damit ist die Überzeugung gemeint, durch eigenes Handeln tatsächlich etwas bewirken, Dinge verändern oder bewegen zu können, d.h. sich in Situationen gewissermaßen als wirksam zu erleben. Wer in Bezug auf seine Selbstwirksamkeit eine positive Erwartungshaltung besitzt, wird Zuversicht und Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten aufbauen und diese Erwartungshaltung auch auf neue Situationen und Probleme übertragen (vgl. Lenz & Wiegand-Grefe, 2016, S. 31).

3.3.2 Familiäre Schutzfaktoren

Neben den persönlichen Merkmalen tragen schützende Bedingungen im Familienumfeld des Kindes entscheidend zur Entwicklung einer psychischen Widerstandskraft bei. Neue Studien deuten darauf hin, dass familiäre Schutzfaktoren dazu beitragen, die Widerstandsfähigkeit der

Kinder in besonderer Weise zu stärken. Vermutlich bilden sie die Wurzeln, aus denen sich die Resilienz bei Kindern speist. Kinder, die ein positives, emotional warmes Familienklima sowie einen stabilen familiären Zusammenhalt erleben, können mit Belastungen und Problemen besonders gut umgehen (vgl. Lenz & Wiegand-Grefe 2016, S 33). Diese Kinder verfügen offenbar über einen starken Schutzschirm, welcher sie widerstandsfähiger macht. Zu den zentralen familiären Schutzfaktoren gehört eine sichere Bindung. Psychisch robuste Kinder haben eine stabile und emotional sichere Bindung zu mindestens einer Bezugsperson, die eine fürsorgliche Betreuung leistet sowie altersgemäße Anregungen und Förderung bietet. Ein positives Erziehungsklima steht oftmals in engem Zusammenhang mit der Bindung zu Bezugspersonen. In Familien von resilienten Kindern wird häufiger etwas Gemeinsames mit der Familie unternommen. Das emotionale Klima in diesen Familien ist von elterlicher Wärme geprägt. Zugleich bestehen jedoch klare Regeln für das Verhalten und das soziale Miteinander. Wie die Eltern miteinander umgehen, wie sie miteinander sprechen, wie sie Konflikte und Probleme lösen, all das prägt die familiäre Atmosphäre entscheidend. Wenn Kinder erleben, dass ihre Eltern wertschätzend über Gefühle und Probleme sprechen, gemeinsam nach Lösungen und Auswegen suchen, sich gegenseitig unterstützen sowie sich respektvoll und liebevoll begegnen, dann übernehmen sie diese Haltung in ihre eigenen Beziehungen. Psychisch widerstandsfähige Familien legen Wert auf ein Zusammengehörigkeitsgefühl und sehen in der Bewältigung der belastenden Lebensumstände eine gemeinsame Herausforderung (vgl. Lenz & Wiegand-Grefe, 2016, S. 34).

3.3.3 Soziale Schutzfaktoren

Zur Entwicklung von Resilienz tragen das Vorhandensein und die Nutzung sozialer Unterstützung durch Personen außerhalb des näheren Familienumfelds, wie Verwandte, Lehrer, Erzieher und Peers, bei (vgl. Lenz, 2014, S. 159). Die Zustimmung der Eltern ist die Voraussetzung dafür, dass die Kinder den Schritt wagen, sich einer außenstehenden Person anzuvertrauen. Diese Bezugsperson kann in Belastungs- und Krisenzeiten, wie beispielsweise einer akuten Krankheitsperiode eines Elternteils und dem oftmals damit verbundenen Klinikaufenthalt, die Kinder begleiten und in ihrem Leben zu einem stabilisierenden Faktor und wichtigen Ansprechpartner werden, der ihnen Schutz und Sicherheit bietet. Oftmals können sich Eltern in Belastungssituationen nicht ausreichend um die Ängste und Sorgen der eigenen Kinder kümmern, da sie mit ihren eigenen zu beschäftigt sind. Vertraute Bezugspersonen bilden in solchen Krisen ein Schutzschild und bieten Geborgenheit, Rückhalt, Rat und Trost (vgl. Lenz & Wiegand-Grefe, 2016, S. 35). Zuhören, bei den Hausaufgaben helfen oder gemeinsame Aktivitäten vermitteln den Kindern Halt und ein Stück Normalität, die sie in solchen Zeiten

brauchen. Die Bezugspersonen haben eine Vorbildfunktion und demonstrieren, wie *gesunde* Menschen in belastenden Situationen reagieren (vgl. Lenz, 2014, S. 159f.). Einen ähnlich schützenden Effekt sowie eine große Bedeutung in jedem Alter haben Freundschaften zu anderen Kindern. Durch die Beziehungen zu Peers erfahren die Kinder Ablenkung von belastenden Situationen, Normalität, Spaß und Ungezwungenheit. Das soziale Spiel mit Gleichaltrigen bietet ein wichtiges Lernfeld, da sich die Kinder vom Alltag lösen und ihre Gefühle ausdrücken können. In Freundschaftsbeziehungen werden wichtige Kompetenzen erworben. So lernen die Kinder nicht nur zu teilen und sich gegenseitig zu helfen, sondern auch Empathiefähigkeit. Gleichaltrige dienen oftmals als Modell, während ältere Kinder eine besondere Rolle haben. Jüngere Kinder übernehmen von ihnen neben Verhaltensmustern und Umgangsformen auch Konfliktlösungsstrategien. Diese Vorbilder haben, etwa bei Schwierigkeiten in der Schule oder bei belastenden Situationen in der Familie, eine wichtige Unterstützungs- und Hilfefunktion (vgl. Lenz 2014, S. 160). Einen weiteren schützenden Faktor stellen positive Erfahrungen in der Schule, in Freizeitgruppen, Sportvereinen oder Kirchengemeinden dar. An diesen Orten können die Kinder gleichermaßen Anerkennung, Zuwendung und Bestätigung erfahren, aber auch soziale Kontakte knüpfen und Beziehungen aufbauen. Durch gemeinsame Aktivitäten und das Teilen gemeinsamer Ideen und Interessen wird ein Zusammenhalt mit Gleichaltrigen geschaffen, der Abwechslung, Erholung, Anerkennung und Ablenkung ermöglicht (vgl. Lenz & Wiegand-Grefe, 2016, S. 45).

Die in diesem Unterkapitel erarbeiteten Schutzfaktoren sind ein Anknüpfungspunkt der SPFH für ihre Tätigkeit in betroffenen Familiensystemen. Zunächst müssen diese Schutzfaktoren erkannt werden, damit eine ressourcenorientierte pädagogische Intervention erfolgen kann.

4. Handlungsansätze der SPFH für die Intervention in betroffenen Familien

Wie in Kapitel 3 dargestellt wurde, lassen sich aus der Betrachtung der besonderen Problematik der Zielgruppe, aber vor allem aus den Befunden der Resilienzforschung, grundlegende Ansätze für pädagogische Interventionsstrategien ableiten. Die pädagogischen Fachkräfte stehen vor der Frage, wie das familiäre Lebensumfeld der Adressaten beeinflusst werden kann, damit diese durch die Aktivierung von personellen, familiären und sozialen Ressourcen neue Bewältigungsstrategien entwickeln können und sich die Entwicklungsmöglichkeiten der Kinder trotz der psychischen Erkrankung der Eltern verbessern. In diesem Kapitel wird nun erarbeitet, welche Handlungsansätze sich für die Intervention der SPFH zur Stärkung von Kindern in Familien mit einem psychisch kranken Elternteil geeignet sind.

4.1. Sozialpädagogische Diagnostik-Ermittlung von Belastungen und Ressourcen

Die Diagnostik verfolgt das Anliegen, das Auffällige vor dem Hintergrund des Normalen zu sehen und diesem eine Bedeutung zu geben. Nach Plass und Wiegand-Grefe (2012, S. 88) ist die Diagnostik die Erfassung von Normalabweichungen und Leidenszuständen, die nach gesellschaftlicher Übereinkunft als krankheitswertig und behandlungsbedürftig gelten und zudem eine notwendige Grundlage, um therapeutische Maßnahmen einzuleiten (vgl. Plass & Wiegand-Grefe, 2012, S. 88). Da die Situation von Kindern psychisch kranker Eltern nur im Zusammenhang mit ihren Eltern und ihren Familien zu verstehen ist, muss demnach die gesamte Familie betrachtet werden. Deshalb unterscheidet man bei der Diagnostik von Familien üblicherweise drei Ebenen: die Ebene der Eltern, die Ebene der Kinder und die Ebene des ganzen Familiensystems. Zunächst muss für jedes Familienmitglied allein sowie für das gesamte Familiensystem die psychosoziale Ausgangslage geklärt werden (vgl. Plass & Wiegand-Grefe, 2012, S.88). Im Zuge einer psychischen Erkrankung eines Elternteils oder beider Elternteile kommt es aufgrund von Beziehungskonflikten häufig zur einer Trennung oder Scheidung. Manche Erkrankungen können mit häuslicher Gewalt, Kindeswohlgefährdung oder Kindesmisshandlung einhergehen. Wie in Kapitel 3.1.3 beschrieben, ist das Risiko psychischer Gewalt, die von den Eltern ausgeht, sehr hoch. In Kapitel 3.3.4 wurde deutlich, dass eine Erkrankung zu häufigen Ausfallzeiten im Beruf führen kann, die wiederum zur Arbeitslosigkeit führen können. Wenn eine psychische Erkrankung sehr früh einsetzt, kann es sein, dass die Eltern noch keine abgeschlossene Ausbildung haben und es deshalb noch schwerer ist, eine Beschäftigung zu finden. Das führt in den meisten Fällen zu finanziellen Sorgen: So lebt einer Studie zufolge mindestens ein Drittel aller Familien psychisch Erkrankter unterhalb der Armutsgrenze (vgl. Plass & Wiegand-Grefe, 2012, S. 89f.). Aus der festgestellten Ausgangslage können sich Indikationen für verschiedene Unterstützungen, beispielsweise das Aufsuchen einer Trennungs- oder Scheidungsberatung, pädagogischen Beratung, Berufsberatung oder Schuldnerberatung, ergeben.

Im diagnostischen Prozess ist die Frage von großer Relevanz, ob und wie der betroffene Elternteil in das Familiensystem einbezogen und die elterliche Erkrankung thematisiert wird. Die Berücksichtigung des gesamten Systems ist Voraussetzung für eine sorgfältige Erfassung der Symptomatik, der Belastungs- und Risikokonstellationen, aber auch der protektiven Einflüsse in der Familie (vgl. Plass & Wiegand-Grefe, 2012, S. 91). Die Bestimmung der Belastungen und Gefährdungen liefert die entscheidenden handlungsleitenden Informationen und Hinweise dazu, was verändert werden soll (vgl. Lenz, 2014, S. 217). Um Antworten auf die

Frage zu finden, wie Gefährdungen reduziert oder ausgeschlossen und Belastungen bzw. Probleme bestmöglich bewältigt werden können, müssen die Ressourcen betrachtet werden (vgl. Lenz, 2014, S. 217).

Im Mittelpunkt der diagnostischen Einschätzung steht das Familiengespräch. Durch die direkte Beobachtung der Familieninteraktionen können Einschätzungen der Belastungen und Gefährdungen gewonnen werden. In die Einschätzung fließen die Qualität der Eltern-Kind-Interaktion, der Beziehung zwischen den Eltern, der Beziehungen des Kindes zu seinen Geschwistern und anderen relevanten Bezugspersonen sowie die familiären Regeln mit ein. Ergänzt wird das Bild durch Informationen über die Krankheit und den Krankheitsverlauf, den Umgang mit der Erkrankung, die elterlichen Persönlichkeitsmerkmale und die elterliche Familiengeschichte sowie über die objektive materielle und soziale Lebenslage der Familie (vgl. Lenz, 2014, S. 218).

Im Folgenden werden mögliche Methoden zur diagnostischen Einschätzung der Belastungen und familiären Strukturen der betroffenen Familien durch die SPFH vorgestellt.

Fragenkatalog

Für eine diagnostische Einschätzung beobachtet die SPFH im Lauf der Fachleistungsstunden familiäre Interaktionen, Alltagssituationen, nonverbale Zeichen, Bindungsmuster und Verhaltensweisen der einzelnen Familienmitglieder. Daneben liefern besonders Gespräche mit den Klienten handlungsleitende Informationen (vgl. Wolf, 2012, S. 79). Da Interviewleitfäden und Fragenkataloge die wesentlichen Kernbereiche für den Dialog zwischen Fachkraft und Klienten beinhalten, können diese zu einer strukturierten Gesprächsführung verhelfen und Orientierung für eine ganzheitliche sozialpädagogische Diagnostik bieten. Mit ebendiesen Zielen stellt beispielsweise Lenz (2014, S. 219) einen Fragenkatalog vor, der für die gezielte Exploration von Belastungs- und Resilienzfaktoren in Familien mit einem psychisch kranken Elternteil genutzt werden kann (**s. Anhang 1**). Dieser Fragenkatalog berücksichtigt wesentliche Risikobereiche betroffener Kinder. Die darin enthaltenen Fragen werden nicht chronologisch abgefragt, sondern dienen als Anhaltspunkte für strukturierte Gesprächssequenzen.

Genogramm

Ein Genogramm wird auch als *Familienbaum* oder *Familienbiografie* bezeichnet. Es bietet einen grafischen und schematischen Überblick über Muster, Probleme und Themen, die über Generationen vorkommen und die gegenwärtige Interaktion der Familie beeinflussen können. Das Genogramm erleichtert der SPFH das Verstehen von familiären Systemkonstellationen (vgl. Uhlendorff et al., 2013, S. 174f.). Neben Namen und Alter der Familienmitglieder werden im Genogramm auch Daten von Geburten, Hochzeiten, Trennungen, Scheidungen

und Todesfällen sowie weitere wichtige Ereignisse wiedergegeben. Darüber hinaus werden in Genogrammen auch Angaben zu Berufen, Wohnorten, Krankheiten und anderen Veränderungen im Lebenslauf festgehalten. Diese Daten sollten über mindestens drei Generationen erfasst werden, um die transgenerationalen Muster erkennen zu können (vgl. Uhlendorff et al., 2013, S. 184).

In Familien mit psychisch erkrankten Elternteilen kann sich die SPFH durch die Nutzung eines Genogramms ein Bild von der Familienstruktur machen, Beziehungskonstellationen hinterfragen und die transgenerationale Weitergabe von psychopathologischen Störungen erfassen. Ferner eröffnet diese Methode die Möglichkeit, erste familiäre Ressourcen in der Kernfamilie und in der Verwandtschaft erschließen und wichtige Bezugspersonen für das Kind zu identifizieren. Im **Anhang 2** findet sich eine Anleitung zur Erstellung eines Genogramms.

Netzwerkkarte

Die sogenannte Netzwerkkarte veranschaulicht die sozialen Bezüge des Klienten mithilfe verschiedener lebensweltlicher Felder und zeigt relevante Bezugspersonen sowie Konfliktpotential auf. Die Netzwerkmitglieder werden um ein Zentrum gruppiert, das die bzw. den Klienten*in symbolisiert. Die Netzwerkkarte kann mit den einzelnen Familienmitgliedern separat ausgefüllt werden und fragt den Adressaten der SPFH danach, wer zu ihrem Netzwerk gehört und wer in ihrem Leben eine Rolle spielt. Je näher zur Mitte eine Person eingetragen wird, desto besser, förderlicher beziehungsweise tragfähiger ist die Beziehung (vgl. Lenz, 2014, S. 232). Der Klient soll ermuntert werden, neben positiven Beziehungen auch weniger enge oder konflikthafte Beziehungen mit den entsprechenden Symbolen zu notieren. Dadurch erhält die SPFH einen Überblick über das vorhandene Potenzial. Auch wenn die Netzwerkkarte als diagnostisches Verfahren eingesetzt wird, kann der Klient über dieses Medium bereits zu Reflektionsprozessen hinsichtlich der eigenen Kontakt- und Beziehungsgestaltung angeregt und unter Umständen bereits zu ersten Veränderungsprozessen motiviert werden (vgl. Lenz, 2014, S. 232). Ein der Netzwerkkarte findet sich in **Anhang 3**.

Ressourcenkarte

Die Ressourcenkarte veranschaulicht die persönlichen, familiären, materiellen sowie sozialräumlichen Ressourcen eines Klienten. Der Fokus ist auf mögliche Stärken gerichtet. Die Ressourcenkarte bietet Anknüpfungspunkte für Veränderungen oder Stabilisierung (vgl. Lenz, 2014, S. 229). Ein Muster der Ressourcenkarte befindet sich in **Anhang 4**.

Die vorgestellten Diagnoseinstrumente sind als exemplarische Modelle neben einer Vielzahl weiterer Hilfsmittel für ein ganzheitliches sozialpädagogisches Fallverstehen anzusehen. Die

Ergebnisse der Diagnose bilden die Grundlage für das offizielle Hilfeplangespräch, an dem Mitarbeiter*innen des Jugendamts, Familienmitglieder, Fachkräfte von freien Jugendhilfeträgern und ggf. andere Fachkräfte beteiligt sind. Ziel des Gesprächs ist die Erstellung eines Hilfeplans, der von den Beteiligten unterzeichnet wird und im Anschluss als Grundlage für den Hilfeprozess dient (Uhlendorff et al., 2013, S. 186).

4.2. Stärkung der kindlichen Bewältigungsressourcen

4.2.1. Entwicklung einer positiven Selbstwahrnehmung

Ein ausgeprägtes Selbstvertrauen, ein positives Selbstwertgefühl und eine hohe Selbstwirksamkeitsüberzeugung werden in der Fachliteratur als wesentliche persönliche Schutzfaktoren für eine resiliente Persönlichkeit benannt. In Kapitel 3 wurde dargelegt, dass Kinder psychisch kranker Eltern durch die mangelnde elterliche Responsivität, das Fehlen einer sicheren Basis, die empfundenen Schuldgefühle sowie durch die erlebten Demütigungen und Stigmatisierungen in der Entwicklung der oben genannten Kompetenzen massiv beeinträchtigt sein können (vgl. Pretis & Dimova, 2004, S. 66).

Hieraus erwächst für die SPFH die Notwendigkeit, Handlungsstrategien zu entwickeln, die den Kindern einen Zugang zu einem positiv besetzten Selbstbild und umfassende Selbstwirksamkeitserfahrungen ermöglichen und die bei der Ausbildung psychischer Widerstandsfähigkeit unterstützen. Die inhaltliche Ressourcenaktivierung, d.h. das Ansprechen von Stärken und Fähigkeiten der Kinder, stellt dementsprechend eine bedeutende Aufgabe für die pädagogischen Fachkräfte dar (vgl. Lenz, 2010, S. 98). Die Anerkennung guter Schulleistungen, das Ermutigen zu Hobbys und Freizeitaktivitäten oder das Vorführen lassen von Fertigkeiten und Hobbys können die Entwicklung des kindlichen Selbstwertgefühls und des Selbstvertrauens erheblich begünstigen (vgl. Lenz, 2010, S. 98).

Die SPFH sollte sich mit dem Phänomen der Parentifizierung im Hinblick auf die kindlichen Selbstwirksamkeitskräfte, intensiv befassen. Im Unterkapitel 3.1.3. wurde auf die mögliche positive Auswirkung der Rollenumkehr hingewiesen, dass Kinder durchaus eine Stärkung ihrer Bewältigungskompetenzen und ihres Selbstwertgefühls erfahren. Auch wenn Parentifizierungstendenzen zunächst nicht förderlich erscheinen, ist es ratsam, genau zu prüfen, welche Aufgaben die Kinder übernehmen, wie sich diese auf das kindliche Entwicklungs- und Entfaltungspotenzial auswirken und welche positiven Folgen die Übernahme von Verantwortung ggfs. hat. Gemeinsam mit den Kindern kann die SPFH analysieren, welche Aufgaben im Haushalt normalerweise von Erwachsenen übernommen werden, wie bedeutsam die Mithilfe

des Kindes für die Eltern ist und welche Anerkennung das betroffene Kind für seine Leistungsbereitschaft verdient. Durch Lob, Anerkennung und Wertschätzung werden das seelische Wachstum und das Selbstbewusstsein gefördert. Selbstbewusste Kinder besitzen eine Reihe von Fähigkeiten, die innere Sicherheit und Stärke geben, aber auch Mut und Zuversicht vermitteln, Probleme lösen zu können (vgl. Lenz & Wiegand-Grefe, 2016, S. 41).

Insgesamt bleibt festzuhalten, dass die Förderung einer positiven Selbstwahrnehmung, die mit dem Aufbau von Selbstwertgefühl, Selbstwirksamkeitsüberzeugung und Selbstvertrauen einhergeht, im Sinne der Resilienzförderung gerade für Kinder psychopathologischer Eltern von elementarer Bedeutung ist und auch Teil der Intervention der SPFH sein sollte. Zwar sind hierfür in der Literatur einige Methoden und Übungen zu finden, die für die Arbeit der SPFH modifiziert werden können, aber es fehlt an tätigkeitsbezogenen Handlungsansätzen, deren Wirksamkeit bereits durch umfassende Evaluationsbemühungen gesichert ist und die die kindliche Resilienzentwicklung bewiesenermaßen fördern. In diesem Bereich besteht demzufolge Bedarf an einer weiteren inhaltlichen Ausgestaltung des Arbeitsfelds der SPFH (vgl. Lenz & Wiegand-Grefe, 2016, S. 42).

4.2.2. Psychoedukation

Psychoedukation ist als Wissensvermittlung zu verstehen, die beim Kind ein Verständnis und einen besseren Umgang mit der Krankheit fördert und sich im Rahmen eines wechselseitigen, partnerschaftlichen Prozesses vollzieht. Krankheitsaufklärung sollte am subjektiven Erleben des Kindes anknüpfen, Raum für kindliche Fragen und Ängste bieten und dem individuellen Informationsbedürfnis Rechnung tragen. In der qualitativ angelegten Studie von Lenz zeigte sich, dass sich die Unsicherheiten und Fragen der Kinder vorwiegend auf „den Umgang mit dem erkrankten Elternteil im familiären Alltag, mögliche Veränderungen im Familienleben durch die Erkrankung, Krankheitsursache und Verlauf der Krankheit, Unterschiede zwischen psychischen und körperlichen Krankheiten sowie Behandlungsverlauf und Erbeinflüsse“ beziehen (Lenz, 2014, S. 311f.).

Wie bereits angeführt, ist eine alters- und entwicklungsgemäße Aufklärung der Kinder über die Erkrankung und Behandlung des Elternteils ein bedeutsamer Schutzfaktor. Die Aufklärung darf sich dabei jedoch nicht auf eine rein kognitiv ausgerichtete Informationsvermittlung beschränken. Das Wissen über die Krankheit und deren Symptome bedeutet nicht, dass die Kinder auch über ein Verständnis für die elterlichen Verhaltensweisen verfügen. Erst wenn sich die Kinder die Verhaltensweisen und Reaktionen ihrer erkrankten Eltern auch erklären können, besteht die Möglichkeit, dass sich ihre Sorgen und Ängste reduzieren (vgl.

Lenz, 2014, S. 311). Erst wenn Kinder ein von ihnen selbst als ausreichend betrachtetes Wissen über die Erkrankung des Elternteils besitzen, sind sie in der Lage, als handelnde Subjekte aktiv Stärke, Energie und Phantasie zur Gestaltung ihrer eigenen Lebensverhältnisse zu entwickeln (vgl. Lenz& Jungbauer, 2008, S. 86). Neben einer kindgerechten, d. h. dem Entwicklungsstand angemessenen, Aufklärung sollte die Psychoedukation situationsadäquat und behutsam erfolgen, dem Heranwachsenden zur Entwicklung neuer Handlungsstrategien verhelfen und in jedem Fall die Botschaft *Mama oder Papa haben mich trotz der Krankheit lieb* vermitteln (vgl. Pretis/Dimova, 2004, S. 59). Je nach gesundheitlicher Verfassung erweist es sich als besonders günstig, wenn der betroffene Elternteil selbst das Gespräch mit seinem Kind über die Erkrankung sucht. In vielen Fällen benötigen Erziehungsberechtigte Unterstützung, um eine angemessene Form der Aufklärung und kindgerechte Formulierungen zu finden (vgl. Plass/Wiegand-Grefe, 2012, S. 168). Lenz (2014, S.312) schlägt vor, die Psychoedukation im Rahmen von Familiengesprächen durchzuführen und die Eltern und Kinder auf „de[m] Weg aus der Sprachlosigkeit und Tabuisierung“ (Lenz, 2014, S. 312) zu begleiten (Lenz 2014, S. 312). Es erscheint wesentlich, im Vorfeld der Psychoedukation in einem Elterngespräch behutsam auf die Sorgen und Ängste der Eltern hinsichtlich der Informationsvermittlung einzugehen und sie für die Relevanz des Krankheitsverständnisses der Kinder zu sensibilisieren. Die Eltern sollten erfahren, dass ihr Kind auf diesem Weg Schuldgefühle, Verunsicherungen und Hilflosigkeit abbauen kann und zugleich in seinem Bewältigungsverhalten gestärkt wird (vgl. Lenz, 2014, S. 314ff).

Eine weitere Möglichkeit, die Selbstwirksamkeit von Kindern zu fördern, ist die Erstellung eines Notfallplans. Durch eine präzise und verbindliche Aufschlüsselung von Maßnahmen kann eine Krisensituation für alle Familienmitglieder handlicher und einfacher zu bewältigen sein. Ein schriftlich fixierter Notfallplan vermittelt Kindern die Sicherheit, sich in eskalierenden Krisensituationen an eine vertraute Person wenden zu können, ohne dabei mit Loyalitätskonflikten oder Schamgefühlen konfrontiert zu werden. Hieraus erwächst gleichzeitig ein resilienzförderndes Gefühl von Kontrolle, Schutz und Zuversicht für die betroffenen Kinder (vgl. Lenz 2014, S. 99f).

4.3. Mobilisierung familiärer Ressourcen

4.3.1. Stärkung der elterlichen Erziehungs Kompetenzen

Wie im Unterkapitel 3.3.2. erarbeitet wurde, haben neben den personellen Resilienz Faktoren die familiären Schutzfaktoren eine maßgebliche Bedeutung für eine gesunde kindliche Entwicklung. In Kapitel 3 wurde jedoch auch gezeigt, wie gravierend die familiären Ressourcen durch eine elterliche psychische Erkrankung beeinträchtigt sein können. Blickt man auf die beeinträchtigten Erziehungs Kompetenzen psychisch erkrankter Eltern auf der einen Seite (s. Kapitel 3.2.1) und auf die resilienzfördernde Wirkung eines positiven Erziehungsklimas (s. Kapitel 3.3.2.) auf der anderen Seite, wird deutlich, wie bedeutend die Stärkung und Förderung der familiären Ressourcen im Rahmen der SPFH ist. Auch wenn es mittlerweile zahlreiche Programme beispielsweise in Elternschulen für Eltern zur Steigerung der Erziehungs fähigkeit gibt, existieren bisher keine Konzepte, die speziell für die SPFH als handlungsleitende Ansätze zur Förderung der Erziehungs fähigkeit psychisch kranker Eltern eingesetzt werden können (vgl. Wustmann, 2004, S. 138).

Für den kindlichen Entwicklungsprozess ist es wichtig, dass das familiäre Miteinander von Grenzen und Regeln geleitet wird und die Kinder altersentsprechend aus den Folgen ihres Handelns lernen (vgl. Ehrlich 2011, S. 66). Zu besonders negativen Erziehungsmaßnahmen zählen strenge und strafende Erziehungspraktiken, inkonsistentes Belohnungs- und Bestrafungsverhalten, unzureichend begründete oder widersprüchliche Anweisungen und Regeln, die Uneinigkeit der Eltern im alltäglichen Erziehungsverhalten, mangelnde Wärme und ein geringes Einfühlungsvermögen (vgl. Lenz, 2014, S. 299). Gemeinsam mit den Eltern ist zu überlegen, welche Regeln in der Familie gelten sollen. Im nächsten Schritt kann die SPFH die Eltern in der Verständigung mit ihren Kindern zu den Regeln unterstützen und gemeinsam mit der Familie die Absprachen auf einem übersichtlich gestalteten Plakat festhalten. Darüber hinaus gilt es, die Eltern zu bestärken, ein konsequentes Verhalten zu entwickeln und ihren Kindern dementsprechend transparent aufzuzeigen, welche Sanktionen auf Regelverstöße folgen. Gerade den Eltern, die psychisch wenig belastbar sind, erscheint eine konsequente Erziehungspraxis mit enormen Herausforderungen verbunden. Das markiert ihren besonderen Unterstützungsbedarf und verdeutlicht die Notwendigkeit eines einfühlsamen und wertschätzenden Verhaltens der beteiligten Fachkraft.

Durch Partizipation und Übertragung von Verantwortung lernen Kinder, ihre Kompetenzen auszubauen und durch die ständige Auseinandersetzung mit ihrer Umwelt mit Herausforderungen und Konflikten angemessen umzugehen (vgl. Ehrlich, 2011, S. 67). Hinsichtlich der

Intervention der SPFH ist es zunächst erforderlich, die Eltern für entwicklungsgerechte Anforderungen und Bedürfnisse zu sensibilisieren und sie zu ermutigen, die Kinder vermehrt in alltägliche Abläufe miteinzubeziehen. Im Rahmen von Elterngesprächen sollte reflektiert werden, welche Aufgaben und Verantwortungsbereiche in Haushalt und Familie altersentsprechend sind, wo diese im Sinne der Parentifizierung die kindlichen Fähigkeiten eventuell überschreiten und wie die übertragenen Aufgaben im Alltag integriert und angeleitet werden können (vgl. Plass & Wiegend-Grefe, 2012, S. 170). Klare Alltagsstrukturen und routinierte familiäre Abläufe sind für die kindliche Entwicklung wichtig. Besonders in Familien, deren Alltag von ungünstigen Lebensbedingungen und psychosozialen Belastungen bestimmt wird, kann jedoch kaum Kraft für eine angemessene Organisation des Haushalts und für routinierte Abläufe aufgebracht werden (vgl. Ehrlich, 2011, S. 68). Für psychisch erkrankte Eltern gilt dies besonders in akuten Krankheitsphasen. Durch die Intervention der SPFH erfahren Eltern Unterstützung bei der Entwicklung einer kontinuierlichen Alltagsstruktur. Das Festlegen von Zeiten für Hausaufgaben, Essen oder Schlafen trägt zu einer Strukturierung des familiären Zusammenlebens bei. Ein Tätigkeitsplan kann wesentliche Verantwortungsbereiche der einzelnen Familienmitglieder wie Putzen, Einkaufen, Müll entsorgen etc. markieren und das konsequente Führen eines Familienkalenders vermittelt Orientierung hinsichtlich anfallender Termine. Auch feste Rituale wie eine abendliche Gute-Nacht-Geschichte, Sonntagsausflüge oder eine Stunde Elternzeit tragen zu einer Strukturierung des Familienalltags bei und beeinflussen die Beziehung zwischen den Familienmitgliedern auf positive Weise. Die Eltern sollten zur Einhaltung der erarbeiteten Strukturen immer wieder ermutigt werden. Ihre Fortschritte und positiven Veränderungen sollten aktiv benannt, ihre positiven Bemühungen verstärkt und eventuelle missglückte Situationen in einem Elterngespräch analysiert werden (vgl. Ehrlich, 2011, S. 68)

In Abhängigkeit von der psychosozialen und emotional-kognitiven Verfassung der Eltern kann zur Stärkung der Erziehungskompetenzen, ergänzend zur SPFH, auch die Teilnahme an einem Elternkurs in Betracht gezogen werden. Für Eltern mit kleinen Kindern haben sich bindungstheoretisch konzeptionierte Angebote zur Förderung sicherer Bindung und elterlicher Feinfühligkeit bewährt, die die unsichere Bindung stabilisieren. Dabei sind die Ansätze am wirksamsten, die zeitlich begrenzt und klar verhaltensbezogen sind. In Deutschland gehören u. a. das STEEP-Programm und die Entwicklungspsychologische Beratung dazu. Die Entwicklungspsychologische Beratung lässt sich flexibel in unterschiedliche Praxisfelder und institutionelle Hilfestrukturen integrieren. Sie wird für pädagogische Fachkräfte als berufs begleitende Weiterbildung angeboten (vgl. Ziegenhain & Fegert, 2008, S 122).

Es ist von Vorteil, wenn die SPFH über eine STEEP-Ausbildung oder eine Ausbildung in Entwicklungspsychologischer Beratung verfügt, um professionell agieren zu können. Für Eltern ist es oftmals der erste Schritt in eine Beratung mit einer Hemmschwelle verbunden. Es darf nicht vergessen werden, dass das erzieherische Wirken der einzelnen Elternteile durch die beschriebene Häufung von Paarkonflikten und ehelichen Disharmonien bei psychisch kranken Eltern (s. Kapitel 3.2.3) in erheblichem Maß voneinander abweichen kann. Folglich ist die Erziehung der Kinder nicht selten von Uneinigkeiten und widersprüchlichen Geboten und Verboten geprägt. Aus diesem Grund sollte die Intervention der SPFH auf eine einheitliche Erziehungspraxis der Eltern abzielen und sie zu einer transparenten Kommunikation ermutigen. Im Einzelfall ist die Teilnahme an einer Eheberatung oder Paartherapie durchaus ratsam.

Zum Ende dieses Unterkapitels sei nochmals betont, dass Elternarbeit im Sinne einer ressourcenfördernden Arbeitsweise immer an den bereits vorhandenen Fähigkeiten und Kompetenzen der Eltern anknüpfen muss. Zunächst geht es in der Arbeit mit entmutigten, geschwächten und psychisch belasteten Elternteilen darum, sie als Erziehungsberechtigte in ihrer Rolle zu stärken, ihnen neben allen vorherrschenden Missständen und Problemen auch die gelingenden Funktionsbereiche aufzuzeigen sowie sie für Veränderungsprozesse zu gewinnen (vgl. Ziegenhain et al., 2004, S. 143). Hinter dieser Interventionsstrategie steht die Absicht, bei den Eltern Bewusstseins-, Reflexions- und Veränderungsprozesse anzuregen und sie auf dem Weg zu einer wirksameren erzieherischen Praxis zu begleiten.

4.3.2. Förderung der Eltern-Kind-Bindung

Trotz der Bemühungen von SPFH und Eltern, eine förderliche Eltern-Kind-Bindung aufzubauen, gelingt eine positive Beeinflussung der Interaktion aufgrund der psychischen Erkrankung der Eltern nicht in jedem Fall. Gleichzeitig wird die Beziehung zu einer zuverlässigen Bezugsperson in der Resilienzforschung aber als einer der wichtigsten Schutzfaktoren angesehen. Als stabile Bezugspersonen bezeichnet Frindt (2009, S. 24) Menschen, „die verlässlich mit Zuneigung reagieren, Bedürfnisse erkennen und ihnen gerecht werden, Grenzen setzen und Orientierung bieten“. Für die Identifizierung von potenziellen Bezugspersonen kann sich die Fachkraft die bereits vorgestellten Diagnoseinstrumente zu Nutze machen. Neben der Erstellung eines Genogramms und intensiven Gesprächen mit der Familie ermöglicht auch die Netzwerkkarte in besonderer Weise die Erkundung von Personen, denen eine wichtige Kompensationsfunktion zukommen kann. Im Anschluss an den ersten diagnostischen Schritt konzentriert sich die Intervention der Fachkraft auf die Mobilisierung sozialer Unterstützung und auf die Herstellung, Bewahrung und Stabilisierung von sozialen Kontakten (vgl. Frindt, 2009,

S. 25). Im Rahmen dessen muss die SPFH das Gespräch zu der ausgewählten Person suchen, ihre Bereitschaft für die Übernahme der Rolle als verlässliche und sicherheitsvermittelnde Bezugsperson hinterfragen und sie für diese Funktion sensibilisieren. Die Arbeit der SPFH konzentriert sich nicht mehr nur auf die Interaktionsprozesse der Kernfamilie, sondern bezieht hilfreiche Dritte mit in das Familiensetting ein. Auch Einzelgespräche, eine professionelle Begleitung, eine Reflexion kindlicher Verhaltensmuster und eine transparente Verständigung mit der ausgewählten Bezugsperson darüber, wer welche Aufgabe übernimmt, können aus der erschlossenen Ressource resultieren. Über diesen Handlungsansatz eröffnet die SPFH den Kindern nicht nur eine sichere Beziehungserfahrung, sondern auch die Erschließung von protektiven Faktoren, die ihnen helfen, mit den familiären Belastungen besser umzugehen (vgl. Frindt, 2009, S. 25). Dysfunktionale Bindungsmuster und Bindungsstörungen bedürfen einer therapeutischen Intervention. Klinische Studien lassen erkennen, „dass die inneren Repräsentationen der Eltern, die sie während ihrer eigenen Kindheit entwickelt haben, die Art der Bindung, die ihr Kind zu ihnen entwickelt, entscheidend beeinflussen“ (Lenz, 2014, S. 199). Wenn eine massive Bindungsstörung auftritt, sollte die SPFH die Eltern zu einer geeigneten klinischen Behandlungsmaßnahme motivieren, um die transgenerationale Weitergabe von Bindungsmustern zu verhindern. Nur durch eine interdisziplinäre Intervention können für die Kinder die Voraussetzungen für die Entwicklung sicherer Bindungsmuster geschaffen und sie für die Bewältigung ihrer besonderen Lebenssituation gestärkt werden. Sofern im Lebensumfeld der Familie keine vertrauensstiftende Bezugsperson identifiziert werden kann, kommt der Initiierung von Patenschaften (s. Kapitel 4.4.2) und/oder der Intensivierung institutioneller und sozialräumlicher Ressourcen (s. Kapitel 4.4.1) eine wichtige Bedeutung zu.

4.3.3 Erweiterung familiärer Kommunikationsprozesse

Mit der fehlenden Aufklärung über die psychische Erkrankung der Eltern geht unter Umständen eine gänzliche Tabuisierung der Erkrankung beziehungsweise das Verbot einher, offen über die Erkrankung zu sprechen. Besonders schwierig ist es, über lebensbedrohliche Zustände zu sprechen – beispielsweise dann, wenn die Eltern gerade an einem akuten psychotischen Schub leiden (vgl. Lenz; 2014, S. 305). Aber auch in diesen Fällen ist das Ansprechen für die Kinder weniger ängstigend als das Verschweigen. Sogar für bizarre Verhaltensweisen der Eltern, die möglicherweise auf psychotischem Erleben beruhen, kann im gemeinsamen Gespräch eine Beschreibung gefunden werden, wenn der betroffene Elternteil über eine ausreichende Krankheitseinsicht verfügt. Sozialpädagogische Interventionen haben als Ziel, eine angenehme, transparente und altersangemessene Kommunikation in der Familie anzuregen.

Ist eine offene Kommunikation innerhalb der Familie möglich, schafft dies häufig auch die Voraussetzung für eine offene Kommunikation im sozialen Umfeld und verhindert somit eine Isolation der betroffenen Familie (vgl. Lenz, 2014, S. 305f.). Ein Mangel an Austausch im gemeinsamen Gespräch führt zur Verstärkung von Belastungen und zur Eskalation von Konflikten. Eine offene Kommunikation wiederum erleichtert die Mobilisierung sozialer Unterstützung (vgl. Plass & Wiegand-Grefe, 2012, S. 169). Sowohl Kinder als auch Eltern brauchen respektvolle Aufmerksamkeit, einfühlsame Begleiter*innen, die ihren Kummer wahrnehmen und sie nicht bzw. nicht länger damit allein lassen. Konkret heißt dies für die SPFH, die Kinder anzuhören, ihre Fragen zu beantworten und sie an der Lösung ihrer Probleme zu beteiligen, ihren kindlichen Bedürfnissen Geltung zu verschaffen und ihnen altersgemäße Entfaltungsmöglichkeiten zu eröffnen. Den Eltern sollte sie Mut machen und ihnen beistehen, solange sie dies brauchen, um ihren Kindern wieder Raum geben zu können (vgl. Mattejat & Lisofsky, 2011, 143).

4.4. Aktivierung sozialer Ressourcen

4.4.1. Einbindung der Kinder in spezifische präventive Gruppenangebote

In Deutschland wurden Präventionsgruppen erstmals von 1993 bis 1996 in Freiburg durchgeführt. Vom dortigen Projektleiter stammte der Name „Auryn“-Gruppen. „Auryn“ ist das Amulett aus Michael Endes *Unendlicher Geschichte* und verleiht der bzw. dem, die bzw. der es trägt, Kraft und Mut zur Verwirklichung der eigenen Ziele und Träume (vgl. Lenz & Jungbauer, 2008, S. 69). Da diese Metapher so zutreffend für präventive Arbeit ist, die ebenfalls persönliche Schutzfaktoren wie das Gefühl eigener Kompetenz und Durchsetzungskraft stärken soll, haben die in der Folge in Deutschland entstandenen Gruppenprojekte diesen Namen zum größten Teil übernommen. In Hamburg begann die präventive Arbeit mit Familien psychisch erkrankter Eltern in der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie des Universitätsklinikums Eppendorf mit dem Schwerpunkt „Kinder kranker Eltern“. Die dortige Spezialambulanz bietet bis heute Familien mit psychisch kranken Eltern kinder- und jugendpsychiatrische Diagnostik, Beratung, Begleitung sowie die Vermittlung von Therapie und sonstiger psychosozialer Unterstützung an. Dieses Angebot wird durch eine örtliche Vernetzung von Diensten des Gesundheitswesens und der Jugendhilfe in Form einer regelmäßig tagenden Arbeitsgruppe ergänzt. Diese Arbeitsgruppe hat den Verein *SeelenNot* gegründet, um mit Hilfe von Spenden konkrete Projekte zur Unterstützung betroffener Familien ins Leben zu rufen. Sinn dieser Projekte ist es, für die bestehenden Lücken in der Versorgung der betroffenen Familien -quasi modellhaft- bedarfsgerechte Lösungen zu erproben, die dann von bestehenden Einrichtungen

übernommen und weitergeführt werden können. Trotz Geldknappheit hat die Idee der Präventionsgruppen Anklang gefunden: Inzwischen gibt es in Hamburg neben den „Ayrun“-Gruppen auch andere präventiv arbeitende Gruppen, die durch die Jugendämter finanziert werden (vgl. Lenz & Jungbauer, 2008, S. 70). Die Ziele der Gruppenarbeit bestehen in der Stärkung der emotionalen Wahrnehmung und somit in der Stärkung des Selbstbewusstseins der Kinder, in der Enttabuisierung des Themas *Psychische Erkrankung der Eltern*, in der Entlastung der Kinder von Schuldgefühlen, in der Stärkung individueller Bewältigungsformen und in der Selbstreflexion. In dem geschützten Rahmen der Gruppenarbeit können sich betroffene Kinder untereinander über ihre persönliche Situation austauschen und erleben dadurch Solidarität und das Gefühl von Zugehörigkeit (vgl. Lenz & Jungbauer, 2008, S. 71f.). Die Gruppenleiter*innen besuchen die Familien vor Beginn der Gruppentreffen zu Hause. Das hat sich als sinnvoll erwiesen, um sich gegenseitig kennenzulernen und um Ängste abzubauen. Die eigentliche Gruppenarbeit besteht aus rund 25 Treffen, die für jüngere Kinder jeweils eineinhalb und für ältere Kinder jeweils zwei Stunden dauern. In der Anfangsphase von ca. fünf Treffen fassen die Kinder schrittweise Vertrauen zu den Gruppenleitern und den anderen Kindern und lernen, einander zuzuhören und aufeinander einzugehen. Die anschließende Arbeitsphase umfasst ca. fünfzehn Treffen, die Abschlussphase fünf Treffen. Die letzte Phase, die den Abschied der Kinder von der Gruppe beinhaltet, bedarf sorgfältiger Durchführung, da die betroffenen Kinder oftmals traumatische Erfahrungen mit Trennungen von Bezugspersonen gemacht haben (vgl. Lenz & Jungbauer, 2008, S. 72).

4.4.2. Aktivierung institutioneller und sozialräumlicher Ressourcen

Kinder psychisch kranker Eltern brauchen in Krisenzeiten eine Vertrauensperson. Pädagogische Fachkräfte wie Erzieher, Lehrer und Kindheitspädagogen können eine wichtige Quelle der Unterstützung und des Rückhalts für die Kinder sein und ggf. Wege aus der Isolation finden (vgl. Lenz & Wiegand-Grefe, 2016, S. 44).

Es hat sich als hilfreich erwiesen, wenn eine Bezugsperson aus dem sozialen Umfeld eine Patenschaft übernimmt, weil so vor allem kurzfristig verlässliche Hilfe und Unterstützung geboten werden kann. Die Gewissheit, in Krisen und Notfallsituationen entlastet zu werden, wirkt sich auf die Eltern positiv aus. Eine Regelung der Patenschaft kann den Eltern helfen, ihre Schuldgefühle, die häufig im Fall eines Klinikaufenthaltes entstehen, gegenüber den Kindern zu reduzieren (vgl. Lenz & Wiegand-Grefe, 2016, S. 46). Eine vertrauensvolle Beziehung zu den Paten kann den Kindern Rückhalt und Entlastung in einer Situation geben, die von Unsicherheit, Sorgen und Ängsten gekennzeichnet ist. Dieser sichere Rahmen ermöglicht es

den Kindern, Gefühle wie Schuld, Hoffnungslosigkeit oder auch Wut zum Ausdruck zu bringen. Gleichzeitig bietet die Beziehung zum Paten den Kindern in Krisenzeiten Ruhe, Ausgleich und Ablenkung (vgl. ebd. S. 46f.). Es ist wichtig, dass das Kind bei der Suche nach einer solchen Vertrauensperson von Anfang an aktiv miteinbezogen wird und bei der Auswahl mitbestimmen kann. Diese Art der Mitbestimmung stärkt das Selbstbewusstsein des Kindes, da es auf diese Weise Selbstwirksamkeit erfährt (vgl. Lenz & Wiegand-Grefe, 2016, S. 46).

Neben spezifischen Gruppenangeboten und Patenschaftsprojekten haben nach den Erkenntnissen der Resilienzforschung (s. Kapitel 3.3.3) auch Erziehungs- und Bildungsinstitutionen eine Schutzfunktion für die betroffene Zielgruppe. Kindertagesstätten sind für die Entwicklung der Resilienz relevant. Durch intensive Frühförder- und Erziehungsprozesse können Kinder in elementarpädagogischen Institutionen frühzeitig, lang andauernd, intensiv und umfassend gestärkt und bei der Bewältigung schwieriger Lebensumstände unterstützt werden (vgl. Wustmann, 2015, S. 143). Gerade für Kinder, die in einem anregungsarmen häuslichen Umfeld aufwachsen, sind positive Entwicklungsanreize und gezielte Fördermaßnahmen für die Ausbildung motorischer, sensorischer, sprachlicher und sozialer Fähigkeiten von elementarer Bedeutung. Neben der Förderung kindlicher Kompetenzen profitieren Kinder psychisch kranker Eltern in Frühfördereinrichtungen vom Aufbau positiver Beziehungen zu Erziehern, die ihnen Stabilität, Kontinuität, Wertschätzung und emotionale Unterstützung gewähren (vgl. Pretis & Dimova, 2004, S. 73).

Nicht selten tragen eingeschränkte sozio-emotionale und kognitive Kompetenzen, Schuld- und Schamgefühle oder Ängste vor Stigmatisierung dazu bei, dass Erziehungsberechtigte die Kommunikation mit Pädagogen in den Einrichtungen vermeiden und diese Aufgabe dem Familienhelfer übertragen. Im Einzelfall übernimmt die SPFH auch in Anwesenheit der Eltern die Gesprächsführung. In Gesprächen mit Erziehern und Lehrern sollte neben einer Verständigung über die familiäre Situation und einer Reflexion der gegenwärtigen Verhaltensmuster überlegt werden, in welcher Weise Kinder und Eltern entlastet werden können. Folgende Fragen sind dabei hilfreich: Was benötigt das Kind, um in der Kindertagesstätte bzw. in der Schule positive Erlebnisse zu haben? Gibt es eine Möglichkeit, die Betreuungszeiten in der Kindertagesstätte zu erweitern? Kann das Kind nach Unterrichtsende eine Ganztagesbetreuung besuchen? Bieten Lehrer oder andere Fachkräfte im Einzelfall individuelle Lerneinheiten oder Förderunterricht an? Durch einen intensiven und regelmäßigen Austausch zwischen Kindertageseinrichtung bzw. Schule, Sozialarbeiter bzw. Familienhelfer und Erziehungsberechtigten können die Lernbedarfe der Kinder analysiert, erforderliche Unterstützungsmaßnahmen initiiert, Entwicklungsfortschritte hervorgehoben werden und die kindlichen Bewältigungsressourcen bestmöglich gefördert werden (vgl. Lenz & Wiegand-Grefe, 2016, S. 47).

Sofern es den Eltern noch nicht gelingt, die Kinder in der Bewältigung schulischer Anforderungen ausreichend zu unterstützen, sollte der Familienhelfer hier eine kompensatorische Funktion übernehmen. Auch hier müssen die Erziehungsberechtigten jedoch so weit wie möglich einbezogen werden. In der Praxis kann dies durch gezielte Lern- oder Hausaufgabenzeiten unter Beteiligung des Kindes, des Erziehungsberechtigten und der sozialpädagogischen Fachkraft erfolgen. Die SPFH sollte die Eltern nicht ersetzen, sondern ihnen vermitteln, wie sie die schulische Förderung ihrer Kinder zukunftsorientiert und verantwortungsvoll verwirklichen können. Durch Kontakte zu Gleichaltrigen und die Einbindung in Vereine, Jugendgruppen und andere Gemeinschaften erfahren die Kinder als Ausgleich Ruhe, Erholung, Entspannung und Ablenkung (vgl. Lenz & Wiegand-Grefe, 2016, S. 48).

Dies stellt die Fachkräfte der SPFH vor die Aufgaben, zunächst die Strukturen des Wohnumfelds zu erkunden, sich über das Freizeit- und Vereinswesen im Stadtteil zu informieren und die vorhandenen Angebote mit den kindlichen und familiären Interessen abzugleichen. Darüber hinaus müssen die finanziellen und organisatorischen Teilnahmebedingungen geprüft werden. Unter Umständen ist eine Beantragung von Leistungen zur Bildung und Teilhabe gemäß § 28 SGB II erforderlich, um Mitgliedsbeiträge und ähnliche Kosten decken zu können. Häufig müssen die Eltern bei der Kontaktaufnahme zu Freizeitinstitutionen angeleitet und die Kinder zu Schnupperstunden und ersten Besuchen begleitet werden.

5. Herausforderungen und Grenzen der SPFH

Ja und dann ist natürlich, wenn dann eine Diagnose ist und es heißt Borderlinestörung. Wo ich ja sage: da kann der Sozialpädagoge in dem Sinn auch nicht viel machen. (Dr. Nohlen, Psychiater, Weber 2012, S. 227)

Die Arbeit mit psychisch kranken Eltern gestaltet sich aufgrund der Komplexität der verschiedenen Problematiken vielfältig und ist sehr anspruchsvoll. Eine Herausforderung sind zudem Eltern, die Medikamente einnehmen (vgl. Weber, 2012, 214).

Im Fall einer Diagnose eines niedergelassenen Psychiaters oder in einer Psychiatrie bekommen Patienten oftmals Psychopharmaka verschrieben. Die Wirkung unterscheidet sich je nach Art des Medikaments. Bei Depressionen werden *aufhellende* Medikamente verschrieben, die die Kommunikation der Patienten vereinfachen. Andere Psychopharmaka haben hingegen eine *sedierende* Wirkung. Das bedeutet, dass die Patienten ruhiggestellt werden. Die Nebenwirkungen dieser Medikamente bestehen darin, dass die Kommunikationsfähigkeit, die kognitiven Leistungen und auch die allgemeine Motivation beeinträchtigt werden. Somit wird die Handlungsfähigkeit der erkrankten Eltern möglicherweise eingeschränkt (vgl. Weber, 2012,

S. 214). Schwer erkrankte Eltern müssen ihre Medikamente einnehmen, sonst droht die Herausnahme der Kinder aus der Familie. Trotz der medikamentösen Therapie ist die Selbstbefähigung der Klienten weiterhin das Ziel der SPFH. Das erweist sich in diesem Fall allerdings als schwierig und ist nur langfristig möglich. Auch wenn die SPFH die Medikamenteneinnahme persönlich kritisch betrachtet, ist es ihre Aufgabe als Kindeswohlwächter*in, die korrekte Einnahme zu kontrollieren (vgl. Weber, 2012, S. 221).

Ein weiterer Aspekt der Arbeit mit psychisch kranken Klienten ist der Umgang mit den verschiedenen Zuständen, in denen sich die Klientin*innen befinden können. Mit einem aggressiven, hyperaktiven, manisch erregten, depressiven oder hemmungslosen Klienten muss genau wie mit gesunden Klient*innen eine tragfähige Beziehung aufgebaut werden, um die Selbsttätigkeit zu aktivieren. Die Adressaten sollen ihre Erziehungsfähigkeit verbessern, das heißt, dass sie lernen sollen, angemessen auf die Bedürfnisse ihres Kindes einzugehen, es altersgerecht zu fördern und ihm soziale Kontakte ermöglichen. Diesen Anforderungen gerecht zu werden, kann die Sozialpädagogische Familienhilfe an ihre emotionale Grenze bringen. Das liegt zum einen an den Herausforderungen, die der Aufbau einer tragfähigen Beziehung mit psychisch Erkrankten mit sich bringt und zum anderen an den organisatorischen Gegebenheiten. Der ständige Wechsel der Befindlichkeiten der Erkrankten führt zu einer Unvorhersehbarkeit der Lebenssituation der Klienten. Das kann wiederum dazu führen, dass die SPFH das Gefühl entwickelt, immer erreichbar sein zu müssen. In ambulanten Teams wird i.d.R. ausschließlich eine SPFH in einer Familie installiert. Betreuungen durch Helfer-Tandems oder Teams sind Ausnahmefälle. Diese Regelung wird durch die Tatsache begründet, dass sich sozial isolierte oder bindungs-beziehungsgestörte Klienten*innen nur einem Helfer öffnen und anvertrauen können. In vielen Fällen kommt es zu einer Überschreitung der Arbeitszeit, da die bewilligten Fachleistungsstunden meist nicht ausreichen. Diese Tatsache belastet die professionellen Helfer zusätzlich und sie haben während ihres Urlaubs oder im Krankheitsfall oftmals ein schlechtes Gewissen und das Gefühl, die zu betreuende Familie allein zu lassen. Neben den bisher genannten Aspekten spielt auch die Möglichkeit einer emotionalen Verletzungsgefahr eine Rolle und kann zu empfundenen Überlastungen führen.

Also ich denke halt (.) unser Berufszweig ist enorm psychisch belastend. Man ist tagtäglich mit wahnsinnigen Schicksalen konfrontiert. Man ist ja teilweise auch sehr hautnah dran. Also man ist entweder in der Familie oder hier im stationären Bereich direkt am Kind oder am Jugendlichen stundenlang am Tag (Frau Krüger, SPFH, Weber, 2012, S. 217).

Der Versuch, schnell messbare Ergebnisse im Familiensystem zu erzielen, kann zu einem vorzeitigen Scheitern einer SPFH führen. Ebenso ist es möglich, dass eine Fachkraft, insbesondere

bei geringer Berufserfahrung, der Vorstellung nachgeht, jeder Familie zu helfen sei, wenn nur die jeweiligen Ressourcen genutzt würden (vgl. Schmidt, 2007, S. 25).

Eine besonders große Belastung stellt die Unsicherheit hinsichtlich der Gefährdungseinschätzung dar. Trotz aller Bemühungen bleibt die Frage offen, ob alles getan wurde, um die Gefahr der Kindeswohlgefährdung langfristig abzuwenden. In manchen Fällen muss die Hilfe auf ein reines *Überleben* reduziert werden. Für die Fachkraft kann das sehr frustrierend sein. Des Weiteren kann der zeitliche Aspekt eine Belastung darstellen: Während SPFH in der Regel auf einen überschaubaren Zeitraum angelegt ist, kann sich die Arbeit mit psychisch kranken Eltern über Jahre hinziehen. Für die SPFH ist darüber hinaus eine konsequente Abgrenzung von großer Bedeutung. Wenn keinerlei Veränderungsprozesse angeregt werden können und in der betroffenen Familie keine akute Gefährdung vorliegt, kann die Hilfe durchaus abgebrochen werden. Nicht jeder Bedarf kann mit institutioneller Hilfe gedeckt werden (vgl. Weber, 2012, S. 227).

Eine Familie bekommt von dem zuständigen Jugendamt eine begrenzte Anzahl an Fachleistungsstunden bewilligt. Es ist eine Herausforderung für die SPFH, in der Zeit eine tragfähige Beziehung zu dem psychisch Erkrankten aufzubauen, da es aufgrund der Erkrankung und ggf. der Wirkung der eingenommenen Medikamente zu unvorhersehbarem Verhalten der Klient*innen kommen kann. Besonders Berufseinsteiger*innen sollten Geduld mit sich und ihren Klient*innen haben und nicht auf schnell messbare Ergebnisse hoffen. Das Ziel sollte sein, Veränderungsprozesse anzuregen und die Klient*innen in ihrem eigenen Tempo zu unterstützen. Um die nötige emotionale Distanz zu wahren, sind regelmäßige kollegiale Beratungen und Supervisionen von großer Bedeutung.

6. Schlussbetrachtung

Gegenstand dieser Arbeit ist es, die Belastungs- und Schutzfaktoren Kinder psychisch kranker Eltern zu identifizieren und die daraus ableitbaren Handlungsansätze für die Intervention der SPFH herauszuarbeiten. Ich habe mich in meiner BA-Thesis mit dem Tätigkeitsfeld der SPFH auseinandergesetzt, da die Hilfen zur Erziehung nach § 27 SGB VIII, insbesondere die ambulante Hilfe in Form der SPFH, ein mögliches Arbeitsfeld der Kindheitspädagog*innen sind.

Psychische Erkrankungen stellen mit einer Jahresprävalenz von 33,3% keine Einzelfälle in der Gesellschaft dar. Trotzdem werden Patienten mit einer psychischen Erkrankung mit Stigmatisierungen und Diskriminierungen konfrontiert. Die Folge ist, dass sich Betroffene davor scheuen, Hilfen in Anspruch zu nehmen. Daraus kann eine Verstärkung der Symptomatik

und der sich daraus ergebenden Alltagsherausforderungen resultieren. Kinder als Symptomträger ihres Familiensystems machen oftmals durch auffälliges Verhalten auf die Probleme in der Familie aufmerksam. In vielen Fällen verfügt der Allgemeine Soziale Dienst eine ambulante Hilfe zur Erziehung nach §§ 27, 31 SGB VIII, um langfristig eine Fremdplatzierung der Kinder zu vermeiden. Ein weiterer Grund für eine ambulante Hilfe in der Familie ist das Risiko der Kinder, selbst zu erkranken, wenn ein Elternteil beziehungsweise beide Elternteile psychisch erkrankt sind. Hier spielen neben den genetischen Faktoren auch die Umweltbedingungen eine Rolle. Betroffene Kinder wachsen oftmals in schwierigen Lebensverhältnissen auf, die sie zusätzlich belasten. Die Belastungsfaktoren zu minimieren ist Aufgabe der durch den ASD installierten SPFH. Die SPFH verfügt über Fachleistungsstunden, in denen sie die Familien in ihrem Lebensraum aufsucht. Die SPFH arbeitet systemisch in dem Konstrukt Familie und orientiert sich an der Lebenswelt der Familien. Sie arbeitet ressourcenorientiert, präventiv und autonomiefördernd. Ziel der Hilfe ist es, die Selbstwirksamkeitskräfte der Klient*innen zu aktivieren und sie dazu zu befähigen, Probleme anzuerkennen und diese selbstständig zu lösen.

Eine psychische Erkrankung geht mit komplexen psychosozialen Belastungen einher. Zu diesen gehören beispielsweise Konflikte in der Partnerschaft, schlechte Wohnverhältnisse aufgrund einer prekären finanziellen Lage sowie Isolation. Doch auch die erzieherischen Kompetenzen und die Bindungsfähigkeit der Eltern sind durch die Erkrankung beeinträchtigt. Die Kinder sind großen Belastungen ausgesetzt, da sie oftmals Aufgaben übernehmen, die nicht ihrem Alter entsprechen und sie überfordern. Mangelndes Interesse der Eltern am Leben ihrer Kinder und emotionale Abwesenheit können negative Folgen für die Entwicklung der Kinder haben. Um die Kinder zu stärken, muss die SPFH an den Ressourcen der Kinder und der Familie anknüpfen. Nach einer ausführlichen Diagnose der Situation der Familie verfügt die SPFH über umfangreiche Informationen zu Belastungs- und Schutzfaktoren. Ihre Aufgabe besteht darin, familiäre, persönliche und soziale Ressourcen zu identifizieren und zu aktivieren. Diese Arbeit erfordert Geduld, denn es handelt sich bei den Schwierigkeiten der Familie oftmals um transgenerationelle Muster, die weitergegeben werden. Die SPFH ist in ihrer Tätigkeit einer emotionalen Verletzungsgefahr ausgesetzt und muss sich deshalb durch Abgrenzung schützen.

Die SPFH steht also vor der sehr komplexen Aufgabe, die durch den ASD festgesetzten Ziele zu erreichen, gleichzeitig eine tragfähige Beziehung zu den Klient*innen aufzubauen und deren Perspektive einzunehmen, um dauerhafte Erfolge anzustreben. Ein Tandem-Modell oder mehrere unterschiedliche Hilfen in einer Familie könnten das System gezielter stärken. Eine

Anbindung an sozialräumliche Projekte und eine enge Zusammenarbeit mit den Kindertagestätten oder Schulen können entlastend wirken und sollten dementsprechend umgesetzt werden. Für eine umfassende Unterstützung sollten sowohl die Eltern als auch die Kinder therapeutische Maßnahmen in Anspruch nehmen. Das Ergebnis sollte ein stabiles, vernetztes Hilfesystem sein, das die Familien in ihrer Alltagsbewältigung unterstützt.

Kinder brauchen tragfähige Beziehungen, damit sie eine in ihrer Entwicklung eine sichere Basis zur Verfügung haben. Beziehungen stellen einen Schutzfaktor dar. Eine verlässliche und stabile Person, in dem Falle die SPFH, kann die Kinder mit einem psychisch erkrankten Elternteil in ihrer Entwicklung unterstützen und ihre persönlichen, familiären und sozialen Ressourcen stärken. Es bedarf einer genauen und individuell angelegten pädagogischen Diagnostik, die vorhandenen Risiko- und Schutzfaktoren zu identifizieren. Dies jedoch ist ein langer Prozess. In manchen Familien kann die SPFH aufgrund der Schwere der Erkrankung, negativen transgenerationalen Mustern und ungünstigen psychosozialen Faktoren an die Grenzen ihrer Arbeit stoßen, wenn die Familie kaum oder keine Fortschritte macht.

Literaturverzeichnis

Conen, Marie-Luise (2015). Zurück in die Hoffnung. Systemische Arbeit mit "Multiproblemfamilien". Heidelberg: Carl-Auer-Systeme Verlag.

Erlich, Barbara (2011). STEP – Elterntraining. Wege zu erfüllten familiären Beziehungen. Eine praktische Einführung für Eltern und Fachleute. Stuttgart: W. Kohlhammer.

Erler, Michael (2011). Systemische Familienarbeit. Eine Einführung (2. Auflage). Weinheim: Juventa-Verlag.

Frindt, Anja (2009). Resilienzförderung in der Praxis der SPFH. *Forum Erziehungshilfen*. Jg. 15, Heft 2, S. 76-80.

Hantel-Quitmann, Wolfgang (2015). Klinische Familienpsychologie. Familien verstehen und helfen. Stuttgart: Klett-Cotta.

Helm, Jutta & Schwertfeger, Anja (2016). Arbeitsfelder der Kindheitspädagogik. Eine Einführung. Weinheim, Basel: Beltz Juventa.

Lenz, Albert (2014). Kinder psychisch kranker Eltern (2. Auflage). Göttingen: Hogrefe.

Lenz, Albert & Jungbauer, Johannes (Hg.) (2008). Kinder und Partner psychisch kranker Menschen. Belastungen, Hilfebedarf, Interventionskonzepte. Tübingen: dgvt-Verlag.

Lenz, Albert & Wiegand-Grefe, Silke (2016). Ratgeber Kinder psychisch kranker Eltern. Informationen für Betroffene, Eltern, Lehrer und Erzieher. Göttingen: Hogrefe

Mattejat, Fritz & Lisofsky, Beate (2011). Nicht von schlechten Eltern. Kinder psychisch Kranker (3. Auflage). Bonn: Balance-Buch-und-Medien-Verlag.

O.A. (2012). Hamburger Abendblatt. Verfügbar unter: <http://www.abendblatt.de/hamburg/article108591492/Jugendamt-raeumt-schwere-Fehler-im-Fall-Chantal-ein.html> [17.02.2017].

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

Pretis, Manfred & Dimova, Aleksandra (2004). Frühförderung mit Kindern psychisch kranker Eltern. München: Ernst Reinhardt Verlag.

Roedenbeck, Maja (2016). *Kindheit im Schatten. Wenn Eltern krank sind und Kinder stark sein müssen*. Berlin: Christoph Links Verlag.

Sahli, Karin (2014). *Entwicklung und Entwicklungsaufgaben*. In: Kupferschmidt, Stephan & Koch, Irene (Hrsg.), *Psychisch belastete Eltern und ihre Kinder stärken. Ein Therapiemanual*. (S. 24-26). Stuttgart W. Kohlhammer.

Schmidt, Martin (2007). *Sozialpädagogische Diagnose. Die SPFH und andere ambulante Angebote der Kinder- und Jugendhilfe*. Altenberge: Niederle-Media, Fachverlag für Studienliteratur.

Siegler, Robert & DeLoache, Judy & Eisenberg, Nancy (2011).: *Entwicklungspsychologie im Kindes- und Jugendalter*. Heidelberg: Spektrum Akademischer Verlag.

Suess, Gerhard & Burat-Hiemer, Edith (2009). *Erziehung in Krippe, Kindergarten, Kinderzimmer*. Stuttgart: Klett-Cotta.

Uhlendorff, Uwe & Euteneuer, Matthias & Sabla, Kim-Patrick (2013). *Soziale Arbeit mit Familien*. München: Reinhardt.

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

Wolf, Klaus (2012). *Sozialpädagogische Interventionen in Familien*. Weinheim: Beltz Juventa.

Woog, Astrid (2010). *Soziale Arbeit in Familien. Theoretische und empirische Ansätze zur Entwicklung einer pädagogischen Handlungslehre (4. Auflage)*. Weinheim: Juventa-Verlag.

Wustmann, Corina (2015). *Resilienz. Widerstandsfähigkeit von Kindern in Tageseinrichtungen fördern (5. Auflage)*. Berlin: Cornelsen Verlag.

Ziegenhain, Ute & Fries, Mauri & Bütow, Barbata & Derksen. Bärbel (2004). *Entwicklungspsychologische Beratung für Eltern. Grundlagen und Handlungskonzepte für die Jugendhilfe*. Weinheim/München: Beltz Juventa.

Anhang

1. Fragenkatalog zur diagnostischen Erfassung der familiären Lebenssituation
2. Anleitung für die Erstellung eines Genogramms
3. Netzwerkkarte
4. Ressourcenkarte

1. Fragenkatalog zur diagnostischen Erfassung der familiären Lebenssituation (vgl. Lenz 2014, S. 218ff)

Art der elterlichen Erkrankung und Verlauf der elterlichen Erkrankung

- Ist die Mutter psychisch krank? Ist der Vater psychisch krank? Sind beide Eltern psychisch krank?
- Handelt es sich um eine akute Krankheitsphase? Wie lange dauert diese Phase an?
- Ist die Erkrankung in der Vergangenheit schon einmal aufgetreten? Gab es bereits mehrere Krankheitsphasen? Wie lange liegt die letzte akute Phase zurück?
- Liegen komorbide Störungen (z. B. Alkoholmissbrauch, Suizidalität) vor?

Materielle Ressourcen der Familie

- Welche Möglichkeiten/Einschränkungen bietet das Einkommen der Familie?
- Wie sieht die Arbeitssituation der Eltern aus?
- Wie sind die Wohnverhältnisse der Familie? Wie kindgerecht ist das Wohnumfeld der Familie?

Krankheitsbewältigung

- Welche Einstellung hat der erkrankte Elternteil zur Erkrankung?
- Hat die Familie einen Zugang zu professionellen Hilfemöglichkeiten?
- Wie gut ist die Zusammenarbeit mit psychosozialen Diensten sowie psychiatrischen und psychotherapeutischen Fachkräften und Einrichtungen?
- Wird Hilfe von professionellen Helfern akzeptiert?
- Ist die Krankheit Thema in der Familie? Wird mit den Kindern über die Krankheit offen gesprochen? Gibt es Anzeichen für Tabuisierung?
- Welches Wissen und welche Vorstellungen besitzen die Kinder über die Erkrankung?

Familiäre Grenzen und Beziehungsmuster

- Können angemessene Nähe und Distanz hergestellt und aufrechterhalten werden?
- Werden individuelle und interpersonelle Grenzen respektiert?
- Nehmen Eltern und Kinder ihre Rollen ein oder besteht eine Rollenenumkehr?
- Wie ist die Rollenaufteilung in der Familie? Gibt es besondere Rollen?

- Sind Generationsgrenzen klar definiert? Gibt es Anzeichen für Parentifizierungsprozesse in den familiären Beziehungen?

- Gibt es heimliche Koalitionen bzw. offene oder verdeckte Teams in der Familie?

Emotionaler Ausdruck und Bindungsverhalten

- Wie ist der Umgang mit Gefühlen in der Familie?

- Wie ist die Stimmungslage in der Familie? Wie ist das Grundgefühl der Familie?

- Wie wird auf die Signale, Bedürfnisse oder Probleme der Kinder eingegangen? Fühlen sich die Kinder verstanden?

- Welche kommunikative Strategien nutzen das Kind und seine Eltern, um Kontakt herzustellen?

- Wie reagiert das Kind emotional auf Trennungssituationen?

Umgang mit Belastungen und Konflikten

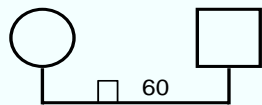
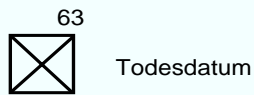
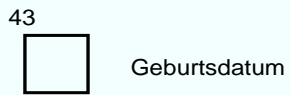
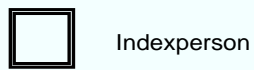
- Wie gehen die Eltern mit Belastungen und Konflikten um? Über welche Bewältigungsstrategien und Problemlösefertigkeiten verfügen sie?

- Verfügen die Eltern über ein Vertrauen in ihre eigenen Kompetenzen, Belastungen und Konflikte zu bewältigen oder überwiegt das Erleben von Hilflosigkeit, Überforderung und Ängstlichkeit?

- Neigen die Eltern zu Impulsivität und geringer Frustrationstoleranz?

- Gibt es schwelende Dauerkonflikte in der Familie, z. B. ausgelöst durch Eheprobleme, finanzielle Probleme oder beengte Wohnverhältnisse? Gibt es Hinweise für Partnerschaftsgewalt? Berichten Eltern über eigene Gewalterfahrungen in der Kindheit?

2. Anleitung zur Erstellung eines Genogramms



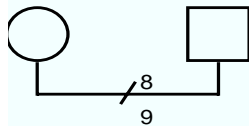
Eheschließung mit Datum



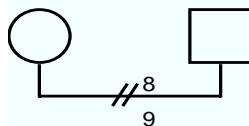
nicht formalisierte Lebensgemeinschaft



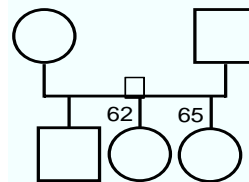
nicht formalisierte Lebensgemeinschaft



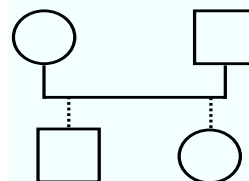
Trennung mit Datum



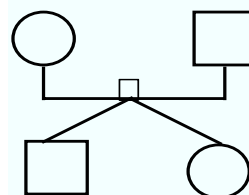
Ehescheidung mit Datum



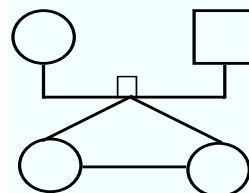
Kinder: Aufgelistet nach Geburtsfolge (Geburtsjahr), links mit dem ältesten beginnend



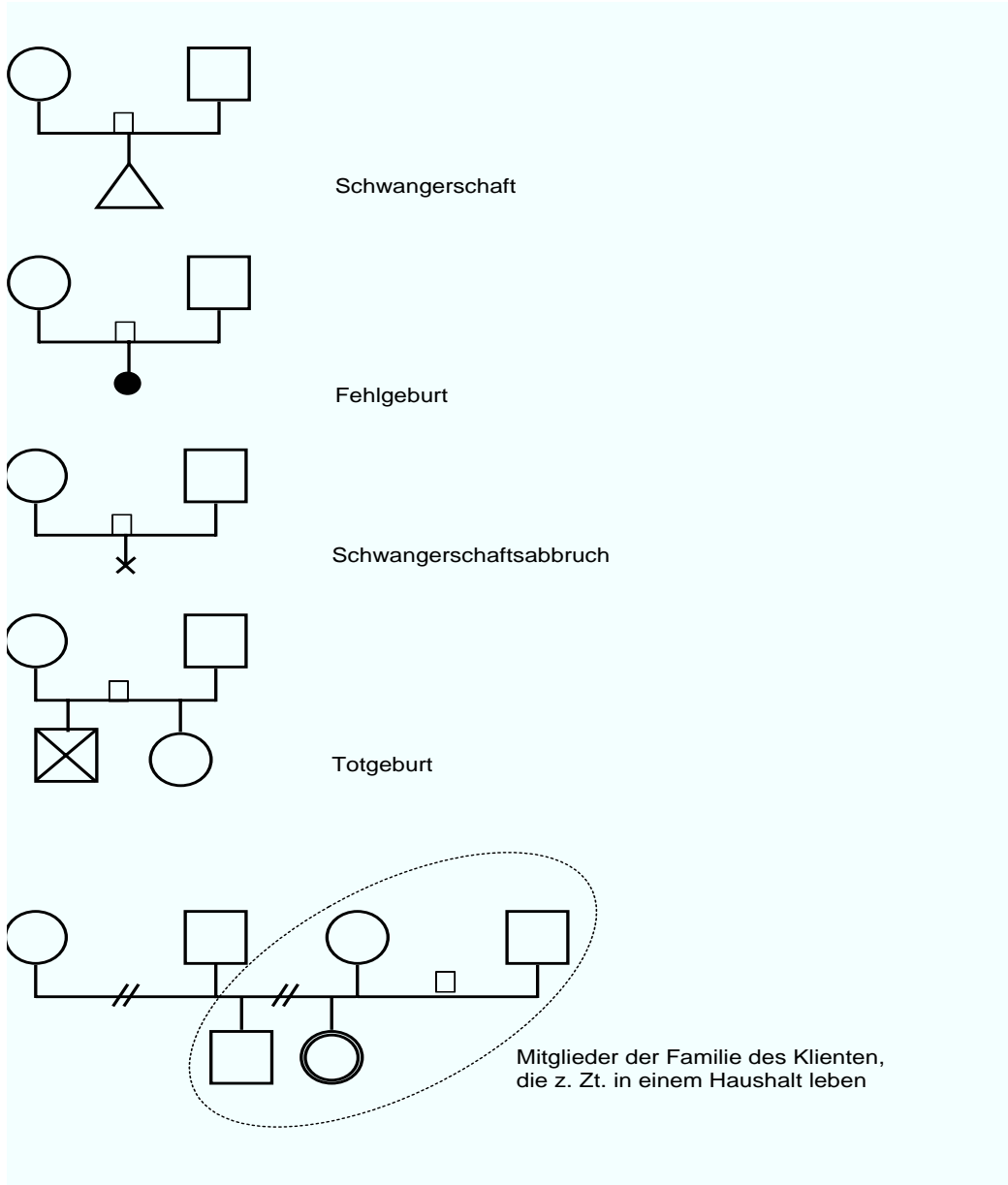
Pflegekinder, Adoptivkinder



Zweieiige Zwillinge

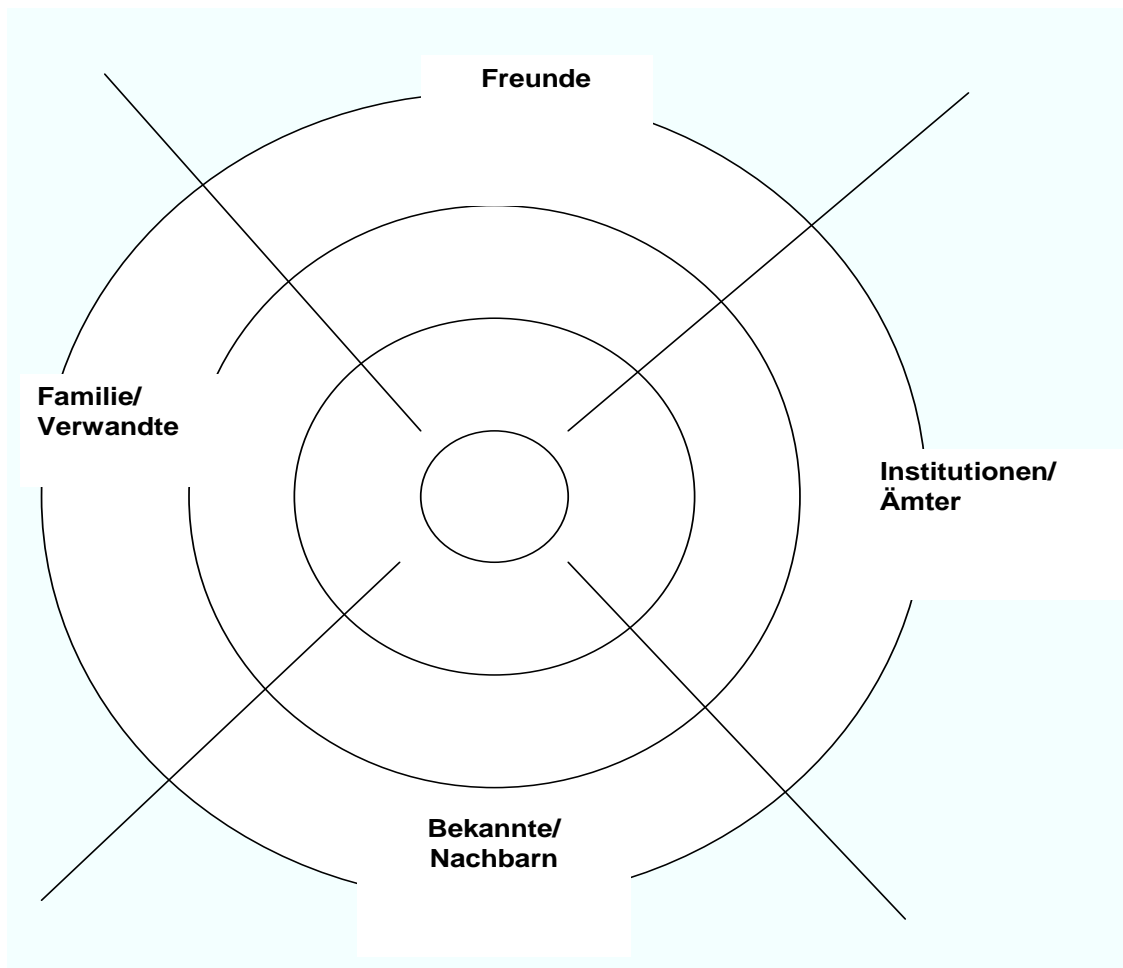


Eineiige Zwillinge



(Eigene Darstellung)

3. Netzwerkkarte



(Eigene Darstellung)

4. Ressourcenkarte

persönliche Ressourcen (z.B.: kann deutsch und türkisch, kennt sich im Stadtteil gut aus und weiß wo sie Unterschlupf findet, kann etwas durchhalten (z.B. Aushilfsjob), wenn es sie/ihn interessiert)	familiäre Ressourcen (z.B.: hat eine Schwester, bei der er zur N unterkommen kann, eine Tante in Nürnberg der er traut usw.)
materielle Ressourcen (z.B. hat ein Mofa, ein Handy etc.)	sozialräumliche Ressourcen (z.B.: kann an der Tankstelle aushelfen, geht manchmal in's Jugendzentrum etc.)

(Eigene Darstellung)

Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbstständig verfasst und nur die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind in allen Fällen unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.

Hamburg, den 28.02.2017

Ort, Datum

Unterschrift Anna Katarzyna Uptas