

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

**Resilienzförderung von Kindern mit einer an der
Borderline-Persönlichkeitsstörung erkrankten
Mutter – Im Kontext der Sozialpädagogischen
Familienbegleitung**

**Am Beispiel der Kompetenzorientierten Familienarbeit
(KOFA)**

Bachelorthesis
Lucia Naldoni
15-633-829

Eingereicht bei
Frau Claudia Leisker
Olten, im Dezember 2018

Abstract

Die vorliegende Bachelorthesis beschäftigt sich mit Müttern, die an der Borderline-Persönlichkeitsstörung erkrankt sind und deren Kindern. Betroffene Mütter zeigen meist eine Instabilität in zwischenmenschlichen Beziehungen und ein von Impulsivität geprägtes Verhalten. Diese Verhaltensmuster können negative Folgen für die Entwicklung der Kinder haben. Das Ziel der Arbeit ist es daher aufzuzeigen, wie eine Gefährdung der kindlichen Entwicklung minimiert und somit den betroffenen Kindern das Aufwachsen in den Familien ermöglicht werden kann.

Ausgehend von dieser Zielsetzung soll folgende Forschungsfrage untersucht werden:

Wie kann in der Sozialpädagogischen Familienbegleitung die Resilienz bei Kindern mit einer an der Borderline-Persönlichkeitsstörung erkrankten Mutter gestärkt werden?

Anhand eines Literatur-Reviews werden die Beziehungskonstellationen der betroffenen Mütter und deren Kindern aufgezeigt. Anschliessend werden die Resilienz und deren Möglichkeiten zur Förderung erläutert. Zum Schluss findet eine Auseinandersetzung der Resilienzförderung in der Sozialpädagogischen Familienbegleitung statt, die anhand des Konzepts der kompetenzorientierten Familienarbeit veranschaulicht werden soll.

Die Ergebnisse zeigen, dass die Resilienzförderung in der Sozialpädagogischen Familienbegleitung, insbesondere von Kindern mit einer an der Borderline-Persönlichkeitsstörung erkrankten Mutter, noch unüblich ist. Daher kann nur bedingt gesagt werden, wie diese in der Praxis umgesetzt werden kann und es wird ersichtlich, dass ein Fortschritt in der Praxis unabdingbar ist.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	1
2	Grundlagen	5
2.1	Borderline-Persönlichkeitsstörung	5
2.2	An der Borderline-Persönlichkeitsstörung erkrankte Mütter im Umgang mit ihren Kindern	8
2.3	Kinder von Müttern, die an der Borderline-Persönlichkeitsstörung erkrankt sind	13
2.3.1	Risikofaktoren für die Entwicklung von Kindern mit einer an der Borderline-Persönlichkeitsstörung erkrankten Mutter	17
3	Resilienz und Resilienzförderung	21
3.1	Begriffliche Grundlagen	21
3.1.1	Schutzfaktoren	22
3.1.2	Resilienzfaktoren	23
3.1.3	Förderung der Resilienzfaktoren	27
3.2	Resilienz und Resilienzförderung bei Kindern mit einer an der Borderline-Persönlichkeitsstörung erkrankten Mutter	28
4	Sozialpädagogische Familienbegleitung	32
4.1	Begriff der Sozialpädagogischen Familienbegleitung	32
4.1.1	Sozialpädagogische Familienbegleitung bei Müttern, die an der Borderline-Persönlichkeitsstörung erkrankt sind	34
4.1.2	Resilienzförderung in der Sozialpädagogischen Familienbegleitung	35
4.2	Die Kompetenzorientierte Familienarbeit	36
4.2.1	KOFA-Intensivabklärung	39
4.2.2	Modul KOFA-6-Monate und KOFA-6-MonatePLUS	40
4.3	Resilienzförderung in der Kompetenzorientierten Familienarbeit	41
5	Schlussfolgerung	47
5.1	Reflexion	47
5.2	Beantwortung der Fragestellungen	48
5.3	Ausblick	54
6	Quellenangaben	55
6.1	Literaturverzeichnis	55
	Ehrenwörtliche Erklärung	59

Abbkürzungsverzeichnis

BPS	Borderline-Persönlichkeitsstörung
SPF	Sozialpädagogische Familienbegleitung
KOFA	Kompetenzorientierte Familienarbeit
RE-KipE	Risikoeinschätzung für Kinder psychisch kranker Eltern

Vorwort

Die vorliegende Bachelorthesis wurde im Rahmen des Bachelorstudiums der Sozialen Arbeit an der Fachhochschule Nordwestschweiz Standort Olten verfasst. Die theoretische Auseinandersetzung und das Verfassen der Bachelorthesis ‚Resilienzförderung von Kindern mit einer an der Borderline-Persönlichkeitsstörung erkrankten Mutter – Im Kontext der Sozialpädagogischen Familienbegleitung – Am Beispiel der Kompetenzorientierten Familienarbeit (KOFA)‘ fand im Zeitraum von April bis Dezember 2018 statt.

An dieser Stelle möchte ich mich besonders bei meiner Begleitperson Frau Claudia Leisker für ihre stetige Unterstützung im Entstehungsprozess dieser Arbeit sowie ihre hilfreichen Rückmeldungen und konstruktiven Anmerkungen bedanken, die zur Vervollständigung der Bachelorthesis geführt haben. Des Weiteren gebührt all den Personen Dank, die sich die Zeit genommen haben, die Arbeit gegenzulesen und mich beim Überarbeitungsprozess und Feinschliff der Arbeit unterstützt haben.

Olten, im Dezember 2018

1 Einleitung

Die Zahl der Kinder, die mit einem psychisch erkrankten Elternteil aufwachsen, ist nicht genau erfasst, verschiedene Untersuchungen ergaben jedoch, dass es sich um eine hohe Anzahl an betroffenen Kindern handelt (vgl. Gutmann 2017: 12). Für die gesamte Schweiz werden etwa zwischen 20'000 und 30'000 betroffene Kinder angenommen (vgl. Cassée/Los-Schneider/Baumeister/Gavez 2008: 9).

Vor diesem Hintergrund stellen sich die Fragen, wie das Kindeswohl definiert werden kann, inwiefern das Wohl eines Kindes, das mit einer psychisch erkrankten Mutter aufwächst, gewährleistet ist und ab wann eine Gefährdung vorliegt.

Es findet sich keine konkrete Definition des Kindeswohls, vielmehr handelt es sich dabei um einen unbestimmten Rechtsbegriff. Dennoch kann der Begriff ‚Kindeswohl‘ als Gewährleistung der körperlichen, geistigen und sittlichen Entfaltung des Kindes umschrieben werden. Somit ist das Kindeswohl sichergestellt, wenn sich das Kind gedeihlich und förderlich entwickeln kann (vgl. Rosch/Hauri 2016: 412). Verantwortlich für das Bestehen des Kindeswohls sind stets die sorgeberechtigten Personen des Kindes. Sobald diese nicht in der Lage sind, für Abhilfe zu sorgen, kann das Kindeswohl gefährdet sein. Hegnauer präzisiert die Kindeswohlgefährdung folgendermassen: „Eine Gefährdung liegt vor, sobald nach den Umständen die ernstliche Möglichkeit einer Beeinträchtigung des körperlichen, sittlichen oder geistigen Wohls des Kindes vorauszusetzen ist. Nicht erforderlich ist, dass diese Möglichkeit sich schon verwirklicht hat“ (Hegnauer o.J., zit. nach in Rosch/Hauri 2016: 415).

Wenn die Mutter unter einer psychischen Erkrankung leidet und insbesondere, wenn die Erziehungsfähigkeit durch die Erkrankung der Mutter eingeschränkt ist, stellt dies für die Kinder oft eine hohe Belastung dar. Je nach Lebensalter des Kindes kann sich die Art der Belastung verändern (vgl. Gutmann 2017: 13). Vor allem bei kleinen Kindern kann das Risiko einer Gefährdung gross sein (vgl. Kinderschutz-zentrum Berlin 2009: 49).

Die vorliegende Bachelorthesis fokussiert sich auf die Borderline-Persönlichkeitsstörung bei Frauen beziehungsweise Müttern. Diese Eingrenzung wird vorgenommen, da Mütter vorwiegend für den emotionalen und organisatorischen Haushalt einer Familie zuständig sind und sich um die Kinderpflege kümmern (vgl. Gutmann 2017: 9). Zudem wird die Borderline-Persönlichkeitsstörung in mehr als der Hälfte der Fälle bei Frauen diagnostiziert (vgl. Lawson 2013: 11).

Die Borderline-Persönlichkeitsstörung weist, wie der Grossteil der psychischen Störungen, einen hohen Komplexitätsgrad auf und manifestiert sich in zahlreichen verschiedenen Ausdrucksformen und Schweregraden (vgl. Rahn 2013: 11). Aus diesem Grund liegen auch verschiedene Definitionen vor. Zur Diagnose der Borderline-Persönlichkeitsstörung dient die operationalisierte Diagnostik, die eine Reihe von Kriterien beinhaltet. Nur wenn mehrere

dieser Kriterien zutreffen, kann von einer Borderline-Persönlichkeitsstörung gesprochen werden. Die Kriterien werden später in Kapitel 2.1 genau definiert.

Da es Menschen mit der Borderline-Persönlichkeitsstörung beispielsweise schwerfällt, die eigenen Gefühle zu regulieren und das innere Gefühlschaos zu bewältigen, könnten betroffene Mütter dadurch die Bedürfnisse und Gefühle ihrer Kinder missverstehen oder erst gar nicht wahrnehmen. Zudem haben Menschen mit der Borderline-Persönlichkeitsstörung oft Probleme in Beziehungen mit anderen Menschen, was sich auch in der Beziehung zu ihren Kindern äussern kann. Die Erziehung von Menschen mit der Borderline-Persönlichkeitsstörung ist oft von einer Ambivalenz zwischen Überbehütung und Vernachlässigung geprägt, die sich negativ auf die Identitätsentwicklung des Kindes auswirken kann. Darüber hinaus kann die Unberechenbarkeit der Betroffenen das Selbstwertgefühl und die Selbstachtung des Kindes beeinträchtigen (vgl. Zick 2013: 61). All diese Aspekte stellen Risikofaktoren für die Entwicklung der Kinder dar und erhöhen die Wahrscheinlichkeit einer Kindeswohlgefährdung. Es ist daher unabdingbar, Kindern mit einer an der Borderline-Persönlichkeitsstörung erkrankten Mutter besondere Aufmerksamkeit zu schenken und präventiv möglichen negativen Folgen für die Entwicklung des Kindes entgegenzuwirken. Befunde aus der Resilienz- und Bewältigungsforschung zeigen auf, dass Kinder mit belasteten und widersprüchlichen Erfahrungen umgehen können und sich verhältnismässig schnell von Störungen erholen (vgl. Lenz 2008: 8). Die Unterstützungsnotwendigkeit des Kindes hängt vom Gleichgewicht zwischen den jeweiligen Schutz- und den Risikofaktoren ab (vgl. Pretis/Dimova 2016:82). Eine hohe Anzahl an Risiko- und mangelnde Schutzfaktoren können dazu führen, dass die Grundbedürfnisse der Kinder nicht ausreichend befriedigt sind und somit die Entwicklungsprozesse insbesondere bei kleineren Kindern nicht genügend gefördert werden (vgl. Brand/Jungmann 2013: 15). Da wie aufgezeigt bei Kindern mit einer an der Borderline-Persönlichkeitsstörung erkrankten Mutter Risikofaktoren bestehen, ist es von besonderer Bedeutung, dass deren Resilienz gefördert werden kann. In diesem Zusammenhang stellt sich daher die Frage, ob neben den Risikofaktoren auch Schutz- und Resilienzfaktoren vorhanden sind und wie diese gezielt bei den betroffenen Kindern gefördert werden können, um somit ein Gleichgewicht zwischen Risiko- und Schutzfaktoren herzustellen (vgl. Benecke 2014: 225). In der Fachwelt ist der Begriff der Resilienz und der Resilienzförderung weit verbreitet. Resilienz wird nach der gängigsten Begriffsbestimmung wie folgt definiert: „Die Fähigkeit, starke seelische Belastungen, ungewöhnliche Entwicklungsrisiken, auch erlebte Traumata, ‚unbeschadeter‘ zu bewältigen als zu erwarten stünde“ (Zander 2011: 9).

Es bestehen bereits vielfältige Konzepte der Resilienzförderung, die jeweils je nach Praxisbereich angepasst werden müssen (vgl. Zander 2009:14). Bei einem erweiterten Verständnis der Resilienzförderung geht es nicht nur darum, das Kind zu stärken, sondern auch

Einfluss auf äussere Lebensbedingungen zu nehmen und somit schützende Faktoren zu stärken. Ein besonders hoher Stellenwert bei der Resilienzförderung kommt dem Einbezug der Eltern oder anderen Bezugspersonen, die den Kindern bei der Stärkung der Resilienz und der Bewältigung von Belastungen und Risikofaktoren zur Seite stehen (vgl. ebd.).

Demzufolge stellt sich die Frage, wie bei der Resilienzförderung die Mutter miteinbezogen werden kann. Um diese Frage zu beantworten, wird in der vorliegenden Bachelorthesis bei der Sozialpädagogischen Familienbegleitung angesetzt, da die Förderung in Zusammenarbeit mit der Mutter stattfindet und die Mutter im Rahmen der Familienbegleitung gut einbezogen werden kann.

Die Sozialpädagogische Familienbegleitung findet in der Häuslichkeit der Familie statt. Die Professionellen der Sozialen Arbeit besuchen die Familie Zuhause, um alltägliche Problemlagen zu meistern und familiäre Konfliktlinien, wie beispielsweise Erziehungsprobleme, finanzielle Probleme, Gewaltformen usw. zu entschärfen oder sogar zu bewältigen (vgl. Rehder 2016: 12f.). Demzufolge steht die Sozialpädagogische Familienbegleitung den Eltern unterstützend zur Seite, um für die Kinder eine förderliche Kindsentwicklung zu gewährleisten (vgl. ebd: 13). Infolgedessen zielt die vorliegende Bachelorthesis darauf ab, die Resilienzförderung in die Sozialpädagogische Familienbegleitung zu integrieren, um so die Resilienz der Kinder zu stärken und die Beziehung zwischen den Kindern und ihrer an der Borderline-Persönlichkeitsstörung erkrankten Mutter zu begünstigen. In der Sozialpädagogischen Familienbegleitung wird nach verschiedenen Methoden gearbeitet. In der vorliegenden Bachelorthesis soll anhand der Kompetenzorientierten Familienarbeit aufgezeigt werden, wie die Resilienzförderung in die Familienbegleitung integriert werden kann.

Nach dem Berufskodex der Sozialen Arbeit besteht ein bedeutender Teil des Menschenbildes der Sozialen Arbeit darin, dass „(...) alle Menschen (...) [das] Anrecht auf die Befriedigung existentieller Bedürfnissen [haben] sowie auf Integrität und Integration in ein soziales Umfeld“ (Avenirsocial 2010: 6). Ein Ziel des Berufskodexes und somit eine Verpflichtung der Sozialen Arbeit formuliert Avenirsocial wie folgt: „Soziale Arbeit hat Menschen zu begleiten, zu betreuen oder zu schützen und ihre Entwicklung zu fördern, zu sichern oder zu stabilisieren.“ (Avenirsocial 2010: 6.) Mit der vorliegenden Bachelorthesis wird genau dieses Ziel verfolgt, indem versucht wird aufzuzeigen, wie durch die Resilienzförderung den bestehenden Risikofaktoren, der betroffenen Kindern entgegengewirkt werden kann. Die betroffenen Kinder sind wie bereits erwähnt diversen Risikofaktoren ausgesetzt, wodurch eine Kindswohlgefährdung bestehen kann. Dies bedeutet allerdings nicht, dass die Erziehungsfähigkeit der Mutter gänzlich eingeschränkt ist. Dennoch müssen sich die Soziale Arbeit, andere helfende Professionen sowie der Kinderschutz mit psychisch erkrankten Müttern und deren Familien auseinandersetzen (vgl. Gutmann 2017: 9). Die Aufgabe der

Sozialarbeitenden ist es, das Kindeswohl und eine mögliche Kindeswohlgefährdung im Einzelfall zu konkretisieren. Für Fachkräfte und Hilfesysteme stellt die Hilfeerbringung für Familien mit einer psychisch erkrankten Mutter eine Herausforderung dar, da oft komplexe Problemlagen bewältigt werden müssen. Die Sozialpädagogische Familienbegleitung stellt einen verbreiteten Arbeitsbereich der Sozialen Arbeit dar, der stetig an Bedeutung gewinnt, da es zunehmend als erstrebenswert gilt, den Kindern ein Aufwachsen in der Familie zu ermöglichen und damit eine Fremdplatzierung zu verhindern. (vgl. Gutmann 2017: 17f.).

Aus den vorangegangenen Aspekten lässt sich folgende Hauptfragestellung ableiten:

Wie kann in der Sozialpädagogischen Familienbegleitung die Resilienz bei Kindern mit einer an der Borderline-Persönlichkeitsstörung erkrankten Mutter gestärkt werden?

Um diese Hauptfragestellung beantworten zu können, wurden folgende drei Unterfragen formuliert:

Weshalb sind Kinder mit einer an der Borderline-Persönlichkeitsstörung erkrankten Mutter gefährdet?

Wie kann die Resilienz bei Kindern mit einer an der Borderline-Persönlichkeitsstörung erkrankten Mutter gefördert werden und somit zur Unterstützung der Entwicklung von den betroffenen Kindern beitragen?

Welche Möglichkeiten bietet die Kompetenzorientierte Familienarbeit zur Resilienzförderung von Kindern mit einer an der Borderline-Persönlichkeitsstörung erkrankten Mutter?

Analog zu diesen Unterfragen wurde die vorliegende Arbeit in drei Hauptkapitel gegliedert, die dazu dienen, diese zu beantworten. Im ersten Hauptkapitel wird zunächst der Begriff der Borderline-Persönlichkeitsstörung definiert. Anschliessend wird erläutert, welche Merkmale eine Mutter mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung aufweist und wie der Umgang mit ihren Kindern aussieht. Zur Konkretisierung wird daraufhin aufgezeigt, wie die Kinder mit einer an der Borderline-Persönlichkeitsstörung erkrankten Mutter aufwachsen und wie sich die daraus resultierenden Risikofaktoren auf die Entwicklung der Kinder auswirken können. Im zweiten Kapitel wird zunächst der Begriff der Resilienz definiert und die Resilienzfaktoren beschrieben. Da sich diese Arbeit mit der Resilienzförderung der betroffenen Kinder befasst, werden Handlungsmöglichkeiten aufgezeigt, die im Rahmen der Resilienzförderung bestehen. Im dritten Hauptkapitel wird die Sozialpädagogische Familienbegleitung erläutert und am Beispiel der Kompetenzorientierten Familienarbeit dargelegt, wie die Förderung der Resilienz in der Methodik verankert ist und welche Möglichkeiten bestehen, die Resilienzförderung zu integrieren und anzuwenden. Im letzten Teil der Arbeit folgt die Schlussfolgerung in Form einer Reflexion der Arbeit, Beantwortung der Fragestellungen und einem kurzen Ausblick für weiterführende Forschungen.

2 Grundlagen

Um aufzuzeigen, aus welchen Gründen Kinder mit einer an der Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS)¹ erkrankten Mutter gefährdet sind, wird in diesem Kapitel zunächst die BPS definiert und erläutert, wie sich diese bei den Betroffenen äussert. Anschliessend wird näher auf den Umgang der Mütter, die an der BPS erkrankt sind, mit ihren Kindern eingegangen, indem die Kriterien des amerikanischen Klassifikationssystem DSM-V herangezogen werden und jeweils zu jedem Kriterium das Verhalten beziehungsweise der Umgang der Mütter mit ihren Kindern geschildert wird. Nachfolgend werden die vier von Lawson definierten Typen einer an der BPS erkrankten Mutter erläutert sowie deren spezifische Merkmale. Daraufhin wird die Situation der Kinder anhand der Kriterien des amerikanischen Klassifikationssystems DSM-V beschrieben sowie die vier Typen einer an der BPS erkrankten Mutter aus der Sicht der Kinder erläutert. Zuletzt findet eine Auseinandersetzung mit den möglichen Risikofaktoren statt, die für die Kinder mit einer an der BPS erkrankten Mutter bestehen.

2.1 Borderline-Persönlichkeitsstörung

Die BPS ist eine psychische Störung und wird den Persönlichkeitsstörungen zugeordnet (vgl. Benecke 2014: 371). Eine Persönlichkeitsstörung wird laut dem amerikanischen Klassifikationssystem American Psychiatric Association, DSM-V, wie folgt definiert: „Eine Persönlichkeitsstörung stellt ein überdauerndes Muster von innerem Erleben und Verhalten dar, das merklich von den Erwartungen der soziokulturellen Umgebung abweicht, tiefgreifend und unflexibel ist, seinen Beginn in der Adoleszenz oder im früheren Erwachsenenalter hat, im Zeitverlauf stabil ist und zu Leid oder Beeinträchtigungen führt.“ (American Psychiatric Association 2015: 883) Dabei werden zehn spezifische Persönlichkeitsstörungen unterschieden, die einander in der Beschreibung jedoch stark ähneln. Aus diesem Grund werden die Persönlichkeitsstörungen im DSM-V nochmals in drei Hauptgruppen, auch Cluster genannt, unterteilt (vgl. American Psychiatric Association 2015: 884). Die BPS wird dem Cluster B zugeordnet. Im Cluster B werden die Personen, die oft Störungen der Stimmung und der Affektivität zeigen, als dramatisch, emotional und launisch beschrieben (vgl. ebd.: 884). Das Klassifikationssystem International Classification of Mental and Behavioural

¹ Aufgrund der häufigen Verwendung des Begriffs der Borderline-Persönlichkeitsstörung, wird in der vorliegenden Bachelorthesis die Abkürzung BPS verwendet.

Wenn es sich um die Mütter, die an einer Borderline-Persönlichkeitsstörung erkrankt sind, handelt, wird einfachheitshalber auch der Begriff der ‚betroffenen Mütter‘ verwendet. Bei der Bezeichnung der Kinder wird aus demselben Grund auch von den ‚betroffenen Kindern‘ gesprochen.

Disorders, ICD-10, ergänzt die Definition des DSM-V, indem das ICD-10 die Persönlichkeitsstörung durch tief verwurzelte Verhaltensmuster charakterisiert (vgl. Dilling/Freyberger 2017: 231). Zudem beschreibt das ICD-10 Personen, die an dieser Persönlichkeitsstörung erkrankt sind, als abweichend im Denken, in der Wahrnehmung, im Fühlen und in Beziehungen zu anderen Personen (vgl. ebd.). Dieses abweichende Verhalten wird von den Betroffenen selbst meist nicht als ‚abweichend‘ wahrgenommen und so wird das Problem oft bei den anderen Personen gesehen. Die festgestellten, abweichenden Verhaltensmuster zeigen sich grösstenteils stabil und langfristig abweichend. Der Diagnoseprozess einer Persönlichkeitsstörung erstreckt sich über eine längere Zeitspanne und wird dadurch erschwert, dass die Betroffenen die Merkmale selbst nicht als problematisch betrachten (vgl. ebd.).

Laut verschiedenen Untersuchungen sind ca. 1 – 2 % der erwachsenen Weltbevölkerung an der BPS erkrankt (vgl. Rahn 2014: 30). In den Psychiatrien wird bei ca. 10 % der Patienten die BPS diagnostiziert (vgl. ebd.). Es bestehen keine spezifischen Ursachen, die zwangsläufig zu einer BPS führen (vgl. Niklewski/Riecke-Niklewski 2003: 39). Es kann jedoch festgehalten werden, dass selten eine einzelne Ursache zu einer BPS führt. Gemäss verschiedenen Untersuchungen kann zudem davon ausgegangen werden, dass biologische Faktoren sowie die psychosoziale Umwelt eine Rolle spielen (vgl. ebd.). Verschiedene Studien zeigten, dass zahlreiche Personen, die an einer BPS erkrankt sind, in ihrer Kindheit oder Jugend ein oder mehrere traumatische Erlebnisse durchlebten. Ein Viertel der Patienten berichtete laut Untersuchungen von sexuellem Missbrauch in der Kindheit oder Jugend (ebd.: 40).

Es liegen verschiedene Definitionen der BPS vor. Dies kann Verwirrung und eine Ungenauigkeit der Diagnose zur Folge haben (vgl. Rahn 2014: 29). Zudem können sich mehrere Merkmale der BPS auch bei anderen psychischen Erkrankungen oder bei gesunden Personen äussern und damit zu einer voreiligen Diagnose führen. Es ist daher für die Diagnose entscheidend, dass mehrere Anzeichen der BPS gegeben sind und diese einen gewissen Ausprägungsgrad aufweisen (vgl. ebd.). Der Definition dieser Anzeichen und Ausprägungen dient die sogenannte operationalisierte Diagnostik. Diese geht mit einer Reihe von Kriterien einher, die dahingehend geprüft werden können, ob sie auf die untersuchte Person zutreffen oder von dieser abweichen (vgl. ebd.: 33). Es werden zum Zeitpunkt des Verfassens dieser Arbeit vorwiegend die bereits genannten Klassifikationssysteme DSM-V und ICD-10 verwendet, um die BPS zu diagnostizieren (vgl. Niklewski/Riecke-Niklewski 2003: 17).

Im DSM-V wird die Störung der BPS wie folgt beschrieben und definiert: „Ein tiefgreifendes Muster von Instabilität in zwischenmenschlichen Beziehungen, im Selbstbild und in den Affekten sowie von deutlicher Impulsivität. Der Beginn liegt im frühen Erwachsenenalter,

und das Muster zeigt sich in verschiedenen Situationen.“ (American Psychiatric Association 2015: 908) Gemäss DSM-V müssen mindesten fünf der folgenden Kriterien erfüllt sein, um von einer BPS sprechen zu können:

1. Verzweifelte Bemühen, tatsächliches oder vermutetes Verlassenwerden zu vermeiden.
2. Ein Muster instabiler und intensiver zwischenmenschlicher Beziehungen, das durch einen Wechsel zwischen den Extremen der Idealisierung und Entwertung gekennzeichnet ist.
3. Identitätsstörung: ausgeprägte und andauernde Instabilität des Selbstbildes oder der Selbstwahrnehmung.
4. Impulsivität in mindestens zwei potenziell selbstschädigenden Bereichen (Geldausgaben, Sexualität, Substanzmissbrauch, rücksichtsloses Fahren, ‚Essanfälle‘).
5. Wiederholte suizidale Handlungen, Selbstmordandeutungen oder -drohungen oder Selbstverletzungsverhalten.
6. Affektive Instabilität infolge einer ausgeprägten Reaktivität der Stimmung (z.B. hochgradige episodische Dysphorie, Reizbarkeit oder Angst, wobei diese Verstimmungen gewöhnlich einige Stunden und nur selten mehr als einige Tage andauern).
7. Chronische Gefühle von Leere.
8. Unangemessene, heftige Wut oder Schwierigkeiten, die Wut zu kontrollieren (z.B. häufige Wutausbrüche, andauernde Wut, wiederholte körperliche Auseinandersetzungen).
9. Vorübergehende, durch Belastungen ausgelöste paranoide Vorstellungen oder schwere dissoziative Symptome. (American Psychiatric Association 2015: 909)

Das Klassifikationssystem ICD-10 beschreibt dieselben Merkmale und Kriterien einer BPS und wird daher an dieser Stelle nicht aufgeführt (vgl. u.a. Dilling/Freyberger 2017).

Betroffene Personen weisen neben der BPS auch oft weitere psychische Störungen, wie beispielsweise Essstörungen, Depressionen, Suchterkrankung, eine Störung der Sexualität, Zwangsstörungen oder ADHS, auf. Diese Begleiterkrankungen können bereits vor der eigentlichen Diagnose der BPS bestehen. Andere äussern sich als Folge der BPS oder dienen als Bewältigungsversuch der Betroffenen (vgl. Rahn 2014: 39).

Der Verlauf der BPS ist noch nicht ausreichend erforscht. Aktuelle Studien belegen jedoch, dass die Störung in zunehmendem Alter an Stärke verliert (vgl. Rahn 2014: 30). Die Betroffenen scheinen oftmals Selbstheilungskräfte zu entwickeln, mit denen sie den Symptomen der BPS entgegenwirken können. In welchem Umfang dies gelingt, ist jedoch unbekannt (vgl. ebd.: 30f.). Da nur eine geringe Zahl an Betroffenen eine Therapie in Anspruch nimmt, kann davon ausgegangen werden, dass sich diese positive Entwicklung durch private Lebensfaktoren fördern lässt. Über den Charakter dieser Faktoren liegen allerdings noch keine genaueren Erkenntnisse vor (vgl. ebd.:31). Es wird angenommen, dass im Alter

die Erfahrungen zunehmen und das Ausmass an spontanen emotionalen Reaktionen abnimmt. Dadurch besteht im Alltag mehr Routine und der Umgang mit Stimmungsschwankungen wird verbessert (vgl. ebd.:31f.). Zudem können sich soziale und partnerschaftliche Veränderungen, der Einstieg ins Berufsleben oder die Geburt eines Kindes positiv auf den Verlauf der BPS auswirken (vgl. ebd.). Dabei ist jedoch zu bedenken, dass eine positive Entwicklung nur gelingen kann, wenn die Betroffenen ihre eigenen Ressourcen aktivieren, Verantwortung für sich selbst übernehmen können und soziale Unterstützung erhalten (vgl. ebd.: 32).

2.2 An der Borderline-Persönlichkeitsstörung erkrankte Mütter im Umgang mit ihren Kindern

Es können keine zuverlässigen Daten erhoben werden, die aufzeigen, wie viele an der BPS erkrankten Frauen Mütter sind. Dennoch belegen verschiedene Untersuchungen, dass etwa 30 % der betroffenen Frauen, die sich in stationärer Behandlung befinden, Kinder haben (vgl. Buck-Horstkotte/Renneberg/Rosenbach 2015: 15).

Um aufzuzeigen, wie sich der Umgang der betroffenen Mütter ihren Kindern gegenüber äussert, wird anhand der Kriterien des Klassifikationssystems DSM-V, die in Kapitel 2.1 aufgeführt wurden, das entsprechende Verhaltensmuster der Mütter erläutert. Dazu werden die Kriterien nochmals genannt und das Verhalten der Mütter bezüglich dieses Kriteriums beschrieben.

1. „Verzweifelter Bemühen, tatsächliches oder vermutetes Verlassenwerden zu vermeiden.“ (American Psychiatric Association 2015: 909)

Aufgrund dieses Verhaltens klammern sich an der BPS erkrankte Frauen oft an dysfunktionale Beziehungen. Zudem kann die Angst der betroffenen Mütter zur Folge haben, dass diese sich auch an die Kinder klammern. Dadurch kann es zu einer Rollenumkehrung kommen, im Zuge derer die Kinder trösten, beruhigen und der Mutter Halt geben (vgl. Buck-Horstkotte et al. 2015: 16). Dieses Verhaltensmuster kann sich jedoch auch in einem überbehüteten Verhalten der Mütter gegenüber den Kindern äussern (vgl. Rehder 2016: 61).

2. „Ein Muster instabiler und intensiver zwischenmenschlicher Beziehungen, das durch einen Wechsel zwischen den Extremen der Idealisierung und Entwertung gekennzeichnet ist.“ (American Psychiatric Association 2015: 909)

Im Zuge dieses Verhaltensmusters kommt es zu einem starken Wechsel zwischen Nähe und Distanz in den Beziehungen. Gegenüber den Kindern kann sich dies in einer ambivalenten Bindung äussern. Zudem haben die betroffenen Mütter Schwierigkeiten, ihre Belastungsgrenzen wahrzunehmen und diese den Kindern mitzuteilen. Studien belegen zudem, dass an der BPS erkrankte Mütter mit mehreren Kindern einzelne Kinder abwerten und andere idealisieren (vgl. Buck-Horstkotte et al. 2015: 16).

3. „Identitätsstörung: ausgeprägte und andauernde Instabilität des Selbstbildes oder der Selbstwahrnehmung.“ (American Psychiatric Association 2015: 909)

Mütter mit BPS können infolge dieses Verhaltensmusters keine Identität als Mutter entwickeln. Dies hat eine Störung ihrer Rolle als Mutter zur Folge, die eine Entwicklung stabiler Gefühle für die eigenen Kinder verhindert. Die betroffenen Mütter nehmen ihre Rolle als Mutter ambivalent wahr: In bestimmten Momenten geniessen sie das Muttersein, während sie im nächsten Augenblick keine Mutter mehr sein wollen und können (vgl. Buck-Horstkotte et al. 2015: 16).

4. „Impulsivität in mindestens zwei potenziell selbstschädigenden Bereichen (Geldausgaben, Sexualität, Substanzmissbrauch, rücksichtsloses Fahren, ‚Essanfälle‘).“ (American Psychiatric Association 2015: 909)

Die hohe Impulsivität kann sich in einem unberechenbaren, unangemessenen, gefährlichen und aggressiven Verhalten gegenüber den Kindern äussern. Zudem vernachlässigen und missachten die betroffenen Mütter während dieser impulsiven Aktivitäten die Bedürfnisse der Kinder (vgl. Buck-Horstkotte et al. 2015: 16f.).

5. „Wiederholte suizidale Handlungen, Selbstmordandeutungen oder -drohungen oder Selbstverletzungsverhalten.“ (American Psychiatric Association 2015: 909)

Das selbstverletzende oder gar suizidale Verhalten der betroffenen Mütter, äussert sich auch im Verhalten gegenüber ihren Kindern (vgl. Buck-Horstkotte et al. 2015: 17).

6. „Affektive Instabilität infolge einer ausgeprägten Reaktivität der Stimmung (z.B. hochgradige episodische Dysphorie, Reizbarkeit oder Angst, wobei diese Verstimmungen gewöhnlich einige Stunden und nur selten mehr als einige Tage andauern).“ (American Psychiatric Association 2015: 909)

Durch diese Instabilität zeigen die betroffenen Mütter den Kindern gegenüber starke Stimmungsschwankungen und wechselhafte Kommunikationsmuster (vgl. Buck-Horstkotte et al. 2015: 17).

7. „Chronische Gefühle von Leere.“ (American Psychiatric Association 2015: 909)

Bei einem Gefühl der inneren Leere isolieren sich die betroffenen Mütter und fühlen sich einsam. Dadurch können sie den Kindern keine angemessene Beachtung mehr schenken und sind emotional für die Kinder nur schwer erreichbar (vgl. Buck-Horstkotte et al. 2015: 17).

8. „Unangemessene, heftige Wut oder Schwierigkeiten, die Wut zu kontrollieren (z.B. häufige Wutausbrüche, andauernde Wut, wiederholte körperliche Auseinandersetzungen).“ (American Psychiatric Association 2015: 909)

Da die betroffenen Mütter ihre Wut nicht kontrollieren können, besteht die Gefahr, dass sie die Kinder körperlich oder seelisch verletzen (vgl. Buck-Horstkotte et al. 2015: 17).

9. „Vorübergehende, durch Belastungen ausgelöste paranoide Vorstellungen oder schwere dissoziative Symptome.“ (American Psychiatric Association 2015: 909)

Dieses Verhaltensmuster äussert sich in fehlender Realitätsorientierung der Mütter gegenüber den Kindern (vgl. Buck-Horstkotte et al. 2015: 17).

Im Grunde erleben alle an der BPS erkrankten Mütter dieselben emotionalen Zustände. Lawson vertritt jedoch die Ansicht, dass jeweils einer dieser emotionalen Zustände in den Vordergrund tritt und somit Beschaffenheit des Verhalten und Befindlichkeit der Mutter bestimmt (vgl. Lawson 2013: 42).

Demzufolge beschreibt Lawson vier verschiedene Typen von betroffenen Müttern, die sie aus der Perspektive des Kindes schildert (vgl. Lawson 2013: 42). Die Charaktertypen können sich bei den betroffenen Müttern überschneiden und die typischen Charakterzüge eines Typs können sich auch bei andern Typen äussern. Die Kategorisierung dieser Typen dient jedoch dazu, die BPS näher zu identifizieren (vgl. ebd.:42f.).

„Das verwahrloste Kind“ – „Sie ist passiv und zu permissiv.“ (Lawson 2013: 66)

Dieser Typ an betroffenen Müttern fühlt sich hilflos und zweifelt an den eigenen Kompetenzen. Die Betroffenen sind passive Mütter, die durch ihre Hilflosigkeit die eigenen Kinder in ihrer Entwicklung behindern (vgl. Lawson 2013: 66). Die Mütter fühlen sich nicht autoritär

und nicht kompetent genug, um eine Mutter zu sein. Durch diese Hilflosigkeit erleben sie oft, dass ihre eigenen Kinder an ihrem Urteilsvermögen zweifeln und Mitleid mit ihnen haben. Die Mütter ziehen sich häufig zurück, isolieren sich und verfallen in eine Depression, wobei es zu Unfällen der Kinder im Haushalt kommen kann (vgl. ebd.:66f.). Dieser Typ der betroffenen Mütter zeigt sich anfällig für Suchtverhalten, mit dem die Gefühle der Verunsicherung und die Ängste kompensiert und kontrolliert werden sollen. Zudem wechseln die betroffenen Mütter dieses Typs oft ihren Partner. Die Mütter haben das Gefühl, dass sie keine guten Mütter sind und geben die Verantwortung für die Kinder oft an die Ex-Männer, die Väter oder andere Betreuungspersonen ab (vgl. ebd.:67-72).

„Die Einsiedlerin“ – „Sie ist besitzergreifend und übt übertriebene Kontrolle aus.“ (Lawson 2013: 86)

Die betroffenen Mütter dieses Typs zeigen einen übertrieben kontrollierenden und besitzergreifenden Erziehungsstil. Oft haben diese Mütter ein ‚gutes‘ und ein ‚böses‘ Kind. Das ‚gute‘ Kind überbehüten sie, während sie das ‚böse‘ Kind herabsetzen (vgl. Lawson 2013: 86). Die betroffenen Mütter erleben das Streben nach Autonomie der Kinder oft als Verrat. Sie verhalten sich introvertiert gegenüber der Umwelt und ziehen die Kinder mit in ihre Isolation. Dadurch hindern sie die Kinder daran, nach Unabhängigkeit, sozialem Umgang und Autonomie zu streben (vgl. ebd.: 87f.). Diese Mütter vermitteln ihren Kindern, dass das Leben eine grosse Gefahr darstellt. Zudem leiden die betroffenen Mütter an Urmisstrauen und starker Eifersucht, aufgrund dessen es ihnen schwerfällt, langandauernde Beziehungen zu haben. Diese Eifersucht kann sich in einem destruktiven und rachsüchtigen Verhalten äussern. Auch leiden diese Mütter unter grosser Angst vor Zurückweisung. Um diese Angst zu unterdrücken, essen sie viel, konsumieren sie Alkohol und sind sie sexuell aktiv (vgl. ebd.:89-94.).

„Die Königin“ – „Sie ist beherrscht von dem Bedürfnis, sich in den Augen der anderen zu spiegeln.“ (Lawson 2013: 103)

Für die betroffenen Mütter dieses Typs ist das eigene Selbstbild und das Image der Kinder von hoher Bedeutung. Ein Merkmal dieser Mütter ist, dass sie nach ungeteilter Aufmerksamkeit streben (vgl. Lawson 2013: 103). Ihr geringes Selbstwertgefühl führt dazu, dass sie sich von der Bestätigung anderer abhängig machen. Diese betroffenen Mütter verlagern ihre Zuneigung von einer auf die andere Person, je nachdem wie viel Bewunderung ihnen die jeweilige Person entgegenbringt. Mit ihrem hysterischen Verhalten versetzen sie ihre Kinder in Angst. Es fällt den Müttern dieses Typs schwer, sich an Regeln zu halten. Sie

sehen ihre Kinder auch oft als persönlichen Besitz an. Zudem verspüren die Mütter eine innere Leere, die sie auch durch ihre Kinder nicht füllen können (vgl. ebd.:104- 109).

„Die Hexe“ – „Sie kontrolliert und bestraft ihre Kinder auf sadistische Weise.“ (Lawson 2013: 129)

Dieser Typ kontrolliert die eigenen Kinder vollständig, misshandelt sie und benutzt sie als Zielscheibe der eigenen Wut (vgl. Lawson 2013: 129). Die Kinder, die zu dieser Zielscheibe geworden sind, repräsentieren das verhasste Selbstbild der Mütter, das sie zerstören möchten. Diese betroffenen Mütter wollen andere vernichten, um ihre eigenen negativen Gedanken und Gefühle loszuwerden. Sie haben grosse Angst davor, verletzlich und schwach zu wirken. Zudem fürchten sie sich davor, anderen zu vertrauen und dadurch die Kontrolle über sich selbst und andere Personen zu verlieren (vgl. ebd.: 129-133). Es konnte auch belegt werden, dass diese betroffenen Mütter ihre Kinder teilweise unnötigen medizinischen Prozeduren unterwerfen und diese öffentlich demütigen. Gleichzeitig verweigern sie medizinische Hilfe, wenn die Kinder schwer verletzt oder krank sind. Zudem nutzen sie das Vertrauen ihrer Kinder aus und missachten deren Privatsphäre, indem sie beispielsweise die persönlichen Sachen der Kinder durchsuchen (vgl. ebd.:133-135).

Weitere Studien konnten diese Verhaltensmuster der betroffenen Mütter ebenfalls belegen (vgl. u.a. Buck-Horstkotte et al. 2015: 19). Abgesehen von den aufgeführten Umgangsformen, haben Mütter, die an der BPS erkrankt sind, oft soziale und finanzielle Schwierigkeiten und sehen sich daher mit Problemen bei der Bewältigung des Alltags konfrontiert (vgl. Buck-Horstkotte et al. 2015: 15).

Ob sich der Umgang der betroffenen Mütter gegenüber den Kindern auf die Entwicklung der Kinder auswirkt, ist neben dem Risikoverhalten der Mütter auch von deren Ressourcen abhängig (vgl. Buck-Horstkotte et al. 2015: 20). Zahlreiche betroffene Mütter verfügen über wertvolle Qualitäten in Form von individuellen Fähigkeiten im Umgang mit ihren Kindern. Zudem bringen Frauen, die an der BPS erkrankt sind, oftmals ein gutes Einfühlungsvermögen mit. Dadurch gelingt es ihnen in Situationen, in denen es den Kindern schlecht geht, emotional offen und kreativ zu sein (vgl. ebd.). Auch ist sich ein Grossteil der betroffenen Mütter der eigenen Defizite bewusst, kann Hilfe annehmen und dadurch das eigene destruktive Verhalten kontrollieren. Infolgedessen können sie angemessen auf die Bedürfnisse ihrer Kinder reagieren. Dies setzt jedoch voraus, dass die betroffenen Mütter die Bedürfnisse ihrer Kinder kennen und über eine realistische Selbsteinschätzung verfügen. Zudem müssen die Mütter lernen, gegen die eigenen unangemessenen Verhaltensimpulse anzukämpfen, um das Wohl der Kinder zu schützen (vgl. ebd.).

2.3 Kinder von Müttern, die an der Borderline-Persönlichkeitsstörung erkrankt sind

Es konnten keine Befunde zur Anzahl der Kinder mit einer an der BPS erkrankten Mutter gefunden werden. Darüber hinaus liegen kaum Studien über Personen vor, die an der BPS erkrankt sind und deren Beziehungskonstellation zu den eigenen Kindern (vgl. Zick 2013: 13).

Um die Situation der Kinder mit einer an der BPS erkrankten Mutter aufzuzeigen, werden die in Kapitel 2.1 aufgeführten Kriterien des Klassifikationssystems DSM-IV nochmals herangezogen. Nun wird erläutert, wie sich diese und der daraus resultierende Umgang der betroffenen Mütter auf die Kinder auswirkt. Zu beachten ist dabei, dass je nach Verhalten und Erleben der Mütter die nachfolgende Auflistung der negativen Konsequenzen auf die Kinder nicht zwingend eintreten müssen; es besteht jedoch ein erhöhtes Risiko. (vgl. Buck-Horstkotte et al. 2015: 315-317).

1. „Verzweifelter Bemühen, tatsächliches oder vermutetes Verlassenwerden zu vermeiden.“ (American Psychiatric Association 2015: 909)

Durch die Rollenumkehrung können Mütter, die an der BPS erkrankt sind, die Kinder nicht mehr als eigenständige Individuen sehen. Dies führt dazu, dass die Möglichkeit der Autonomieentwicklung der Kinder eingeschränkt wird. Zudem sind die Kinder durch diese Situation überfordert (vgl. Buck-Horstkotte et al. 2015: 16). Durch das überbehütete Verhalten der Mütter kann das Selbstständigkeitsbestreben der Kinder gehemmt werden, wodurch bei den Kindern wiederum die Bildung des Selbstvertrauens behindert wird (vgl. Rehder 2016: 61).

2. „Ein Muster instabiler und intensiver zwischenmenschlicher Beziehungen, das durch einen Wechsel zwischen den Extremen der Idealisierung und Entwertung gekennzeichnet ist.“ (American Psychiatric Association 2015: 909)

Infolge dieser Verhaltensmuster der betroffenen Mütter können die Kinder die Reaktionen der Mütter nicht einordnen. Dadurch können sie ihr eigenes Verhalten nicht mit eindeutiger, bestätigender oder abwertender Reaktion in Verbindung bringen. Zudem wird dadurch die Entwicklung des Sozialverhaltens der Kinder erschwert und die unberechenbaren Reaktionen der Mütter fördern die Entwicklung von Ängsten bei den Kindern (vgl. Buck-Horstkotte et al. 2015: 16).

3. „Identitätsstörung: ausgeprägte und andauernde Instabilität des Selbstbildes oder der Selbstwahrnehmung.“ (American Psychiatric Association 2015: 909)

Aufgrund der Instabilität der Mütter haben die Kinder kein verlässliches Gegenüber, das ihnen Halt und Orientierung vermittelt (vgl. Buck-Horstkotte et al. 2015: 16).

4. „Impulsivität in mindestens zwei potenziell selbstschädigenden Bereichen (Geldausgaben, Sexualität, Substanzmissbrauch, rücksichtsloses Fahren, ‚Essanfälle‘).“ (American Psychiatric Association 2015: 909)

Die Bedürfnisse der Kinder werden durch die Impulsivität der betroffenen Mütter vernachlässigt und missachtet (vgl. Buck-Horstkotte et al. 2015: 16).

5. „Wiederholte suizidale Handlungen, Selbstmordandeutungen oder -drohungen oder Selbstverletzungsverhalten.“ (American Psychiatric Association 2015: 909)

Dieses Verhalten kann für die Kinder gefährlich werden und löst in ihnen Panik, Angst, Überforderung und Schuldgefühle aus (vgl. Buck-Horstkotte et al. 2015: 17).

6. „Affektive Instabilität infolge einer ausgeprägten Reaktivität der Stimmung (z.B. hochgradige episodische Dysphorie, Reizbarkeit oder Angst, wobei diese Verstimmungen gewöhnlich einige Stunden und nur selten mehr als einige Tage andauern).“ (American Psychiatric Association 2015: 909)

Die affektive Instabilität der betroffenen Mütter kann zu Desorientierung und Unsicherheit der Kinder führen. Zudem fehlt den Kindern der nötige emotionale Halt, wodurch sie kein Vorbild für eine angemessene Emotionsregulation haben. Aufgrund dessen können die Kinder auch keine Kompetenz der Emotionsregulation entwickeln (vgl. Buck-Horstkotte et al. 2015: 17).

7. „Chronische Gefühle von Leere.“ (American Psychiatric Association 2015: 909)

Die Kinder können die betroffenen Mütter durch deren Gefühl der inneren Leere emotional nicht mehr erreichen, wodurch bei den Kindern starke Gefühle der Ohnmacht, der Panik und der Verlorenheit ausgelöst werden können (vgl. Buck-Horstkotte et al. 2015: 17).

8. „Unangemessene, heftige Wut oder Schwierigkeiten, die Wut zu kontrollieren (z.B. häufige Wutausbrüche, andauernde Wut, wiederholte körperliche Auseinandersetzungen).“ (American Psychiatric Association 2015: 909)

Die Wutausbrüche der betroffenen Mütter bergen die Gefahr, dass die Kinder körperliche oder psychische Gewalt direkt oder indirekt erleben, die wiederum eine traumatisierende Wirkung auf die Kinder ausüben kann (vgl. Buck-Horstkotte et al. 2015: 17).

9. „Vorübergehende, durch Belastungen ausgelöste paranoide Vorstellungen oder schwere dissoziative Symptome.“ (American Psychiatric Association 2015: 909)

Die fehlende Realitätsorientierung der Mütter infolge dissoziativer Symptome kann die Kinder stark verstören und zur Entwicklung grosser Ängste bei den Kindern führen (vgl. Buck-Horstkotte et al. 2015: 17).

Auch die vier Typen der betroffenen Mütter nach Lawson werden nochmals aufgelistet und im Hinblick auf die Situation der Kinder beschrieben. Dabei wird versucht, die subjektiven Belastungen und die emotionale Welt der Kinder aufzuzeigen (vgl. Lawson 2013:12).

„Das verwahrloste Kind“

Die Kinder der betroffenen Mütter dieses Typs wehren sich gegen die Passivität ihrer Mütter oder nutzen diese aus. Zudem verhalten sie sich überbeschützend gegenüber ihren Müttern, da sich diese als Opfer darstellen. Die Kinder wollen daher für ihre Mütter die Verantwortung übernehmen und unterdrücken ihre eigenen Bedürfnisse (vgl. Lawson 2013: 66f.). Die Botschaft der Mütter, dass sie selbst nicht kompetent sind, überträgt sich auf die Kinder, wodurch diese später ebenfalls das Gefühl haben können, nicht gut genug zu sein. Die Kinder dieses Typs werden häufig selbst zu Opfern, indem beispielsweise die Mütter ihre Kinder an problematische Betreuungspersonen übergeben, bei denen diese vernachlässigt, körperlich oder sexuell missbraucht werden. Das ‚Alles-oder-nichts‘-Verhalten der Mütter wirkt verwirrend auf die Kinder (vgl. ebd.:67-72.).

„Die Einsiedlerin“

Durch die betroffenen Mütter dieses Typs sind die Kinder oft gelähmt und starr vor Angst oder bringen sich hingegen durch ein trotziges Verhalten in gefährliche Situationen (vgl. Lawson 2013: 86). Die Mütter unterscheiden oft zwischen dem ‚guten‘ und dem ‚bösen‘ Kind. Das ‚gute‘ Kind wird von der Mutter eingenommen. Sie erwartet von dem Kind, dass es sich mit ihr gegen die anderen verbündet. Dadurch leidet das ‚gute‘ Kind, aufgrund des Loyalitätsanspruches, unter grossen Schuldgefühlen und fühlt sich innerlich zerrissen. Das ‚böse‘ Kind fühlt sich hingegen durch die Mutter verfolgt und wird von ihr, in allen Lebensbereichen, herabgesetzt (vgl. ebd.:86f.).

„Die Königin“

Die Kinder dieses Typs müssen, wenn sie die Liebe ihrer Mütter gewinnen wollen, die Vorlieben, Interessen und Werte der Mütter widerspiegeln. Dadurch befinden sie sich in einem ständigen Kampf um die mütterliche Liebe. Da diese Mütter selbst ein starkes Bedürfnis nach Beachtung haben, müssen die Kinder oft die Spiegelfunktion ihrer Mütter übernehmen (vgl. Lawson 2013: 104). Die Kinder fühlen sich durch die schnell verlagerte Zuneigung ihrer Mütter missachtet, manipuliert und im Stich gelassen. Sie können von ihren Müttern keine Loyalität erwarten, da sie von diesen benutzt werden, um Anerkennung, Aufmerksamkeit und Bewunderung zu erhalten. Zudem werden die Kinder in den Schatten ihrer Mütter gestellt und dürfen nicht ihre eigenen Interessen verfolgen. Die Kinder dieser Mütter können auch in Gefahr geraten, da die Mütter ihre Fähigkeiten oftmals überschätzen (vgl. ebd.: 104-106). Das dramatische und hysterische Verhalten der betroffenen Mütter löst bei den Kindern oft Angst aus. Zudem haben die Kinder dadurch Schwierigkeiten zu unterscheiden, ob ein echtes körperliches Problem vorliegt oder nur eine emotionale Überreaktion besteht. Die Kinder versuchen stets ihren Müttern zu gefallen, indem sie immer wieder die von ihr verlangten Verhaltensmuster zeigen. Sie verteidigen und bewundern die Mutter, um deren Liebe zu erhalten (vgl. ebd.: 109f.)

„Die Hexe“

Die Kinder müssen sich den betroffenen Müttern dieses Typs unterwerfen; oft werden sie auch Opfer von sadistischem, emotionalem, körperlichem oder sexuellem Missbrauch (vgl. Lawson 2013: 129). Sie erwarten von den betroffenen Müttern, verletzt zu werden. Dadurch entwickeln die Kinder ein auf Hass basierendes Selbstkonzept, das die falsche Wahrnehmung der Mütter noch verstärkt. Indem die Mütter dieses Typs mit ihren negativen Gefühlen auch ihre Kinder loswerden wollen, entwickeln sie ein Gefühl des Verlassenseins. Die Überlebensstrategie der betroffenen Kinder besteht darin, alles, was sie fühlen und lieben, vor ihren Müttern zu verbergen (vgl. ebd.: 130-134).

Inwiefern die Kinder der betroffenen Mütter in ihrer Entwicklung gefährdet sind, hängt auch von den Ressourcen der Kinder ab. Kinder entwickeln oft Bewältigungs- und Überlebensstrategien, die es ihnen ermöglichen, auch unter schwierigen Bedingungen aufzuwachsen (vgl. Buck-Horstkotte et al. 2015: 21). Dabei zeigte sich, dass es für die Entwicklung der Kinder entscheidender ist, ob sich die Kinder in ihren emotionalen Reaktionen angenommen und bestätigt fühlen, als die Qualität des erlebten Traumas. Demzufolge ist es von grosser Bedeutung, dass die Kinder den Schmerz, die Trauer, die Wut und die Verzweiflung ausdrücken können, ohne dafür verurteilt zu werden (vgl. ebd.). Zudem können auch Väter

eine Ressource sein, indem sie ein Gegengewicht zur Beziehung des Kindes mit der betroffenen Mutter darstellen – vorausgesetzt sie sind anwesend und gesundheitlich stabil (vgl. Lawson 2013: 157). Auch Beziehungen der Kinder zu anderen Personen oder auch zu Stofftieren können eine Ressource sein, da sie sich dadurch nicht allein fühlen (vgl. Buck-Horstkotte et al. 2015: 21).

Zudem beeinflusst eine angeborene oder früh erworbene biologische Ausstattung der Kinder den späteren Umgang mit der Umwelt und bestimmt, wie Kinder mit anderen Personen in Beziehung treten (vgl. Buck-Horstkotte et al. 2015: 21). Dadurch sind sie unempfindlicher gegenüber belastenden Situationen und können unbeschädigt in einer schwierigen Situation heranwachsen (vgl. ebd.). Bei diesem Phänomen handelt es sich um die sogenannte Resilienz, auf die in Kapitel 3.1 noch näher eingegangen wird.

2.3.1 Risikofaktoren für die Entwicklung von Kindern mit einer an der Borderline-Persönlichkeitsstörung erkrankten Mutter

Um die Risikofaktoren für die Entwicklung von Kindern mit einer an der BPS erkrankten Mutter zu verstehen, werden diese nachfolgend genauer erläutert.

Bei den Risikofaktoren handelt es sich um Lebensbedingungen, welche die kindliche Entwicklung gefährden, indem sie zu Beeinträchtigungen und zu seelischen Störungen des Kindes führen können (vgl. Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2015: 21). Unter Bezugnahme auf Holtmann/Schmidt (2004) nimmt Barwinski eine Unterscheidung zwischen Vulnerabilitäts- und Risikofaktoren vor (vgl. Barwinski 2016: 25). Die Vulnerabilitätsfaktoren sind biologische und psychische Merkmale, welche die Entwicklung eines Kindes gefährden können. Diese werden in primäre und sekundäre Vulnerabilitätsfaktoren eingeteilt. Bei den primären Vulnerabilitätsfaktoren handelt es sich um die Faktoren, die ein Kind seit der Geburt aufweist. Die sekundären Vulnerabilitätsfaktoren hingegen beziehen sich auf Faktoren, die ein Kind in Interaktion mit dem sozialen Umfeld erwirbt (vgl. ebd.). Risikofaktoren stellen indessen Faktoren der psychosozialen Umwelt eines Kindes dar, „die die Wahrscheinlichkeit des Auftretens von psychischen Störungen erhöhen“ (Bender/Lösel 1998 zit. nach Barwinski 2016: 25). Unter Bezugnahme auf Scheithauer/Petermann (1999) führen Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse aus, dass sich die Vulnerabilitätsfaktoren weniger stark auf die Entwicklung der Kinder auswirken als die Risikofaktoren. Die Risikofaktoren hingegen können ungünstige Entwicklungsverläufe begünstigen und zu Beeinträchtigungen der kognitiven sowie sozio-emotionalen Entwicklung führen (vgl. Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2015: 21). Auf Grundlage der vorangegangenen Ausführungen werden im Folgenden die sekundären Vulnerabilitätsfaktoren sowie die für die Arbeit als relevant erachteten Risikofaktoren nach Wustmann aufgelistet (vgl. Wustmann 2004: 38f.):

Sekundäre Vulnerabilitätsfaktoren

- „unsichere Bindungsorganisation
- geringe Fähigkeiten zur Selbstregulation von Anspannung und Entspannung“
(Wustmann 2004: 38)

Risikofaktoren

- niedriger sozioökonomischer Status, chronische Armut
- Alkohol-/Drogenmissbrauch der Eltern
- Psychische Störung oder Erkrankungen eines bzw. beider Elternteile
- Kriminalität der Eltern
- Abwesenheit eines Elternteils/alleinerziehender Elternteil
- Erziehungsdefizite/ungünstige Erziehungspraktiken der Eltern (z.B. inkonsequentes, zurückweisendes oder inkonsistentes Erziehungsverhalten, Uneinigkeit der Eltern in Erziehungsmethoden, körperliche Strafen, zu geringes Beaufsichtigungsverhalten, Desinteresse/Gleichgültigkeit gegenüber dem Kind, mangelnde Feinfühligkeit und Responsivität)
- Soziale Isolation der Familie
- Ausserfamiliäre Unterbringung (Wustmann 2004: 38.f).

Anhand der Übersicht der Risikofaktoren wird ersichtlich, dass eine psychische Erkrankung der Eltern einen Risikofaktor für die Entwicklung der Kinder darstellt. Durch Studien liegt der sichere Befund vor, dass bei Kindern von Eltern, die an einer Persönlichkeitsstörung erkrankt sind, das höchste Risiko besteht, später selbst eine psychische Störung zu entwickeln. (vgl. Lenz/Wiegand-Grefe 2017: 34).

Es finden sich noch wenig empirische Befunde dazu, welche Risikofaktoren konkret für die Kinder mit einer an der BPS erkrankten Mutter bestehen (vgl. Buck-Horstkotte et al. 2015: 21). Grundsätzlich können der Umgang und die Verhaltensweisen der betroffenen Mütter starke Auswirkungen auf die geistige Entwicklung eines Kindes haben (vgl. ebd.).

Zick beschreibt unter Bezugnahme auf Guzder (1996) und Lohr et al. (1989),² die nachfolgenden Risikofaktoren der betroffenen Kinder, die für die weitere Untersuchung herangezogen werden (vgl. Zick 2013: 59). Die Hauptrisikofaktoren umfassen die psychische und sexuelle Misshandlung, starke Vernachlässigung, elterlicher Substanzmissbrauch und Kriminalität sowie Familienzerfall (vgl. ebd.). Zudem entwickeln laut dieser Studie 68 % der betroffenen Kinder Angst, Trauer, Depressionen oder Phobien und es besteht eine grosse Wahrscheinlichkeit, dass diese sich aggressiv gegenüber ihren Müttern verhalten (vgl.

² Bisnaire et al. (1990), Frost/Pakiz (1990), Parish (1987), Kalter (1987), Andritzky (2002)

ebd.). Des Weiteren haben nach Zink 30 % der Kinder ein geringes Selbstwertgefühl, zeigen eine niedrige intellektuelle Leistung, eine erhöhte Wahrscheinlichkeit zu Drogen- und Alkoholkonsum und zu früher sexueller Betätigung (vgl. ebd.).

Dadurch wird ersichtlich, dass bei den betroffenen Kindern ein Risiko der Vernachlässigung, der körperlichen, psychischen, emotionalen und sexuellen Misshandlung besteht. Aus diesem Grund werden die genannten Risikofaktoren nachfolgend aufgeführt und aus der Sicht des Kinderschutzes bewertet.

Unter Vernachlässigung wird das Nichterfüllen der Grundbedürfnisse der Kinder verstanden (vgl. Lips 2011: 12). Der Vernachlässigung des Kindes liegt im Kern meist eine Beziehungsstörung der Eltern und der Kinder zugrunde. Die Auswirkung und somit ein Risikofaktor für die Entwicklung der Kinder ist umso stärker, desto jünger die Kinder sind (vgl. Kinderschutz-Zentrum Berlin 2009: 43).

Bei der körperlichen Misshandlung handelt es sich um eine bewusste oder unbewusste Handlung, die zu keinem zufälligen Verletzen des Körpers führt (vgl. Kinderschutz-Zentrum Berlin 2009: 38). Die körperliche Misshandlung geht auch immer mit psychischen Belastungen des Kindes wie Scham, Angst und Demütigung einher (vgl. ebd.).

Eine weitere Form der Kindeswohlgefährdung stellt die psychische und emotionale Misshandlung dar. Dabei demütigen die Erziehungspersonen die Kinder über einen längeren Zeitraum, indem sie diese beschimpfen, mit Fehler behaften und entwürdigen (vgl. Lips 2011: 12). Die psychische Misshandlung steht meist in Kombination mit einer anderen Kindeswohlgefährdung; diese stellt den Kern jeder Misshandlung dar (vgl. Kinderschutz-Zentrum Berlin 2009: 45). Die negativen Auswirkungen auf die kindliche Entwicklung sind umso stärker, desto jünger das Kind ist und desto häufiger und regelmässiger die psychische Misshandlung auftritt (vgl. ebd.:46).

Bei der sexuellen Misshandlung handelt es sich um „Exhibitionismus vor Kindern, Pornografie mit Kindern, Masturbation mit dem Kind, Penetration (vaginal/anal/oral)“ (vgl. Lips 2011: 12). Insbesondere, wenn die ‚Täter‘ dem Kind nahestehen, können schwerwiegende Symptome auftreten. Bei Kindern, die emotional vernachlässigt werden und über keine sichere Bindung zu einer Bezugsperson verfügen, besteht ein erhöhtes Risiko auf eine sexuelle Misshandlung (vgl. ebd.:41). Der Schweregrad des Traumas ist vom Alter des Kindes, von der Dauer und der Intensität der Handlungen abhängig. Durch eine sexuelle Misshandlung wird aber immer die körperliche und geistige Entwicklung des Kindes beeinträchtigt sowie die Autonomie und Selbstbestimmung des Kindes verletzt (vgl. ebd.).

Neben den Risikofaktoren spielen auch alters- und geschlechtsspezifische Faktoren eine Rolle. Es konnte jedoch keine Literatur zu alters- und geschlechtsspezifischen Faktoren der

Kinder mit einer an der BPS erkrankten Mutter gefunden werden. Auch zu alters- und geschlechtsspezifischen Faktoren der Kinder psychisch erkrankter Eltern liegen bislang nur wenige Studien vor, die widersprüchliche Befunde zeigen (vgl. Plass/Wiegand-Grefe 2012: 60).

Fest steht jedoch, dass sich die psychische Erkrankung eines Elternteils je nach Entwicklungsstand der Kinder anders auf die Entwicklung auswirkt (vgl. Plass/Wiegand-Grefe 2012: 60). Um zu verstehen, wie sich die psychische Krankheit der Eltern auf die altersabhängigen Entwicklungsaufgaben der Kinder und auf ihre kognitive, emotionale und soziale Entwicklung auswirkt, müssen daher immer entwicklungspsychologische Zusammenhänge berücksichtigt werden (vgl.ebd.). Aufgrund verschiedener Studien, die belegen, dass Jungen anfälliger für psychische Probleme sind, gehen Plass/Wiegand-Grefe davon aus, dass eine psychische Erkrankung der Eltern schwerwiegendere Auswirkungen auf Jungen haben kann als auf Mädchen (vgl. ebd.:66).

Zudem erläutern Plass/Wiegand-Grefe unter Bezugnahme auf Rutter/Quinton (1984), dass bei Kindern, die das gleiche Geschlecht haben wie das psychisch erkrankte Elternteil, ein erhöhtes Risiko für eine Beeinträchtigung besteht, im Gegensatz zu nicht-gleichgeschlechtlichen Kindern der betroffenen Eltern (vgl. Plass/Wiegand-Grefe 2012: 67). Des Weiteren führen Plass/Wiegand-Grefe unter Bezugnahme auf die Studie von Orvaschel et al. (1979) aus, dass unabhängig vom Geschlecht der Kinder eine psychische Erkrankung der Mutter gravierendere Folgen für die Entwicklung der Kinder hat (vgl. Plass/Wiegand-Grefe 2012: 67).

3 Resilienz und Resilienzförderung

Um aufzuzeigen, weshalb die Resilienz bei Kindern mit einer an der BPS erkrankten Mutter gefördert werden sollte, wird in diesem Kapitel zunächst der Begriff der Resilienz definiert. Anschliessend werden die Schutz- sowie die Resilienzfaktoren aufgeführt, um das Konzept der Resilienz zu veranschaulichen und aufzuzeigen, an welcher Stelle die Resilienzförderung anknüpft. Zugleich werden die Möglichkeiten zur Resilienzförderung dieser Faktoren benannt. Anschliessend werden die Erkenntnisse zusammengefasst, die bereits zur Resilienz bei Kindern mit einer an der BPS erkrankten Mutter vorliegen sowie die Möglichkeit von deren Förderung. Das Ziel des Kapitels ist es aufzuzeigen, inwiefern die Resilienzförderung einen Beitrag zur Unterstützung der kindlichen Entwicklung von Kindern mit einer an der BPS erkrankten Mutter leisten kann.

3.1 Begriffliche Grundlagen

Fröhlich-Gildhoff/Rönnau definieren Resilienz wie folgt: „Das Konstrukt Resilienz ist ein dynamischer oder kompensatorischer Prozess positiver Anpassung bei ungünstigen Entwicklungsbedingungen und dem Auftreten von Belastungsfaktoren. Charakteristisch für Resilienz sind ausserdem ihre variable Grösse, das situationsspezifische Auftreten und die damit verbundene Multidimensionalität.“ (Fröhlich-Gildhoff/Rönnau 2015: 13) Das situationsspezifische Auftreten bedeutet, dass die Resilienz nicht über das gesamte Leben hinweg stabil bleibt. Zudem lässt sich die Resilienz auch nicht auf sämtliche Lebensbereiche einer Person übertragen (vgl. Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2015: 11). Die Multidimensionalität beschreibt unter anderem biologische, psychologische und psychosoziale Faktoren, die bei der Resilienz von Bedeutung sind (vgl. ebd.).

Bedeutend für die Resilienz sind zudem zwei Bedingungen: Einerseits muss eine Bedrohung der kindlichen Entwicklung vorliegen, andererseits muss eine erfolgreiche Bewältigung dieser Entwicklungsrisiken bestehen (vgl. Aichinger 2011: 26). Die Resilienz ist eine Fähigkeit, die sich in den Verhaltensmustern und den Lebensstilen des Kindes äussert. Zudem umfasst sie den Interaktionsprozess zwischen dem Kind und seiner Umwelt im Kontext der Entwicklungsbedingungen und den Lebensverhältnissen (vgl. Zander 2009: 19). Es handelt sich dabei um ein komplexes Zusammenwirken von Merkmalen des Kindes und seiner Umwelt (vgl. Aichinger 2011: 28). Es kann jedoch festgehalten werden, dass aus der Sicht der Entwicklungspsychologie die Resilienz immer entwicklungsförderlich ist (vgl. Masten 2014: 26).

Der Begriff der Resilienz ist nicht defizitorientiert, da es vielmehr darum geht, die Ressourcen eines Menschen zu aktivieren (vgl. Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2015: 12). Dies bedeutet jedoch nicht, die bestehenden Probleme zu ignorieren, sondern „(...) die Kompetenzen und (...) Ressourcen eines Kindes zu nutzen, damit es besser mit Risikosituationen umzugehen lernt“ (Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2015: 13). Besonders bei kleinen Kindern können dadurch Kompetenzen und Bewältigungsstrategien entwickelt werden (vgl. Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2015:13). Dies umfasst nie nur die individuellen Ressourcen eines Kindes, sondern auch immer die sozialen Ressourcen (vgl. ebd.:11).

Die Konzepte der Resilienzförderung basieren auf dem sogenannten Menschenbild der Resilienz (vgl. Zander 2009: 180). Die Resilienzforschung geht nicht der Frage nach, wie ein Mensch wieder gesund werden kann, sondern sucht nach Potenzialen und Ressourcen, die es einem Menschen ermöglichen, sich gesund zu entwickeln, indem konstruktive Entwicklungsschritte gefördert und das Kind vor einer negativen Entwicklung bewahrt wird (vgl. Barwinski 2016: 24). Vorwiegend Kinder können diese Kräfte nicht von sich selbst aus entwickeln, sondern sind auf soziale Unterstützung der Erwachsenen angewiesen. Wenn diese Unterstützung im familiären Umfeld nicht gegeben ist, benötigt es Unterstützung von Professionellen zur Förderung der Resilienz (vgl. Zander 2009: 180). Das Angebot der möglichen Interventionen der Resilienzförderung ist breit gefächert. Die vorliegende Arbeit fokussiert sich auf die Förderung der personellen Resilienzfaktoren sowie auf die Resilienzförderung innerhalb der Familie.

Beim Resilienzkonzept werden somit die Schutz- und Risikofaktoren betrachtet. Sie beeinflussen sich gegenseitig und haben beide Einfluss auf die Entwicklung der Kinder (vgl. Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2015: 21). Im Folgenden werden nun die Schutzfaktoren aufgeführt, nachdem die Risikofaktoren bereits in Kapitel 2.3.1 erläutert wurden.

3.1.1 Schutzfaktoren

Gemäss Rutter lassen sich Schutzfaktoren folgendermassen definieren: „Schutzfaktoren werden als Merkmale beschrieben, die das Auftreten einer psychischen Störung oder einer unangepassten Entwicklung verhindern oder abmildern sowie die Wahrscheinlichkeit einer positiven Entwicklung erhöhen.“ (Rutter 1990, zit. nach Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2015: 28)

Schutzfaktoren sind somit Faktoren, die nur in einer Risikosituation eingesetzt werden, um eine Gefährdungssituation zu beseitigen (vgl. Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2015: 28). Die Autoren beschreiben unterschiedliche Kategorien der Schutzfaktoren. An dieser Stelle werden die nach Wustmann festgelegten Schutzfaktoren erläutert (vgl. Wustmann 2004: 115):

Personale Ressourcen

„Kinderbezogene Faktoren

- Positive Temperamenteigenschaften
- Intellektuelle Fähigkeiten
- Erstgeborenes Kind
- Weibliches Geschlecht“ (Wustmann 2004: 115).

Zu den personalen Ressourcen zählen auch die Resilienzfaktoren, bei denen es sich um Faktoren handelt, die in der Entwicklung verändert und gefördert werden können. Diese werden im nachfolgenden Kapitel 3.1.3 im Detail erläutert.

Soziale Ressourcen

Innerhalb der Familie

- Mindestens eine stabile Bezugsperson, die Vertrauen und Autonomie fördert
- Autoritativer/demokratischer Erziehungsstil (emotional positives, unterstützendes und strukturierendes Erziehungsverhalten, Feinfühligkeit und Responsivität)
- Zusammenhalt (...), Stabilität und konstruktive Kommunikation in der Familie
- Enge Geschwisterbindungen
- Altersangemessene Verpflichtungen des Kindes im Haushalt
- Hohes Bildungsniveau der Eltern
- Harmonische Paarbeziehung der Eltern
- Unterstützendes familiäres Netzwerk (Verwandtschaft, Freunde, Nachbarn)
- Hoher sozialökonomischer Status (Wustmann 2004: 116).

Des Weiteren sind Schutzfaktoren der Kategorie soziale Ressourcen zu nennen, die sich auf die Bildungsinstitution und das weitere soziale Umfeld der Familie beziehen:

Diese Ressourcen werden jedoch nicht näher erläutert, da sich die vorliegende Bachelorthesis auf die Resilienz sowie auf die Resilienzförderung innerhalb der Familie fokussiert.

3.1.2 Resilienzfaktoren

Resilienzfaktoren sind „(...) Eigenschaften, die das Kind in der Interaktion mit der Umwelt sowie durch die erfolgreiche Bewältigung von altersspezifischen Entwicklungsaufgaben im Verlauf erwirbt; diese Faktoren haben bei der Bewältigung von schwierigen Lebensumständen eine besondere Rolle (...)“ (Wustmann 2004: 46).

Die Resilienzfaktoren werden wie in Kapitel 3.1.1 ersichtlich, den Schutzfaktoren zugeordnet und sind im Gegensatz zu den personellen kinderbezogenen Schutzfaktoren nicht angeboren. Sie können im Laufe des Lebens erworben werden (vgl. Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2015: 41). Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse definieren unter Bezugnahme

auf verschiedene Studien sechs Resilienzfaktoren, welche die Resilienz einer Person unterstützen. Die folgenden sechs Faktoren stehen in einem engen Zusammenhang, demzufolge stellen einzelne Faktoren die Voraussetzung für andere dar (vgl. ebd.).

Selbstwahrnehmung

Die Selbstwahrnehmung ist entscheidend für die Gestaltung von sozialen Beziehungen sowie für die Bewältigung von Problemen und herausfordernden Aufgaben (vgl. Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2015: 43):

Im Vordergrund einer guten Selbstwahrnehmung steht die ganzheitliche und adäquate Wahrnehmung der eigenen Emotionen und Gedanken, also von sich selbst. Gleichzeitig ist es wichtig, sich selbst dabei zu reflektieren, d.h., sich zu sich selbst in Beziehung setzen zu können und andere Personen ebenfalls angemessen wahrnehmen und sich ins Verhältnis zu ihrer Wahrnehmung zu setzen (Fremdwahrnehmung). (Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2015: 44)

Diese Definition enthält drei bedeutsame Konstrukte, die für die Selbstwahrnehmung relevant sind. Zum einen das Selbst-Konzept, das als Ganzes einer Person beschrieben werden kann. Das Ganze, beziehungsweise das Selbst, beinhaltet einerseits die stabile seelische Grundstruktur eines Menschen und andererseits Erfahrungen, durch die das Selbst laufend verändert wird (vgl. Barwinski 2016 29). Das zweite Konstrukt umfasst die Selbstwahrnehmung im engeren Sinne, das heisst die Fähigkeit der Differenzierung zwischen dem Selbst und den anderen. Die Psychoanalyse geht davon aus, dass eine Person das äussere Objekt verinnerlicht und somit jedes Objekt subjektiv erlebt wird. Das subjektive Erleben wird durch den Entwicklungsstand, involvierte Gefühle und Motiven einer Person beeinflusst (vgl. ebd.: 30). Als drittes Konstrukt wird die Selbstreflexivität beschrieben, welche die innerliche Distanz zum eigenen Fühlen und Denken darstellt (vgl. ebd.:32). Des Weiteren beinhaltet diese die Kunst, die eigenen Wahrnehmungen und Handlungen zu beurteilen sowie die Fähigkeit sich selbst beobachten zu können. (vgl. Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2015: 45).

Selbstwirksamkeit

Selbstwirksamkeit bedeutet nach Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse Folgendes: „Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten und verfügbaren Mittel und die Überzeugung, ein bestimmtes Ziel auch durch Überwindung von Hindernissen erreichen zu können (...)“ (Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2015: 46).

Dabei geht es um die Erwartung, ob durch das eigene Handeln etwas bewirkt werden kann oder nicht. Neben der Erwartung an das eigene Handeln ist die Selbstwirksamkeit bereits vor dem eigentlichen Handeln relevant und ausschlaggebend darüber, ob eine Person sich

einer Situation stellt oder nicht und auf welche Weise sie die Situation bewältigt (vgl. Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2015: 46). Dies bedeutet, dass, falls eine Person positive Erwartungen an ihr eigenes Handeln hat, diese versucht, eine komplexe Situation zu bewältigen. Wer hingegen negative Erwartungen bezüglich seiner eigenen Handlungen hat, wird erst gar nicht versuchen, etwas mit seinem Handeln zu bewirken (vgl. Wustmann 2004: 101). Unter Bezugnahme auf Grawe (1998) führen Fröhlich-Gildhoff/Rönnau weiter aus, dass diese Erwartungen des eigenen Handelns, von den Erfahrungen in den ersten Lebensjahren abhängen (vgl. Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2015: 47).

Selbststeuerung

Selbststeuerung bedeutet, dass eine Person innere Emotionen und Spannungszustände herstellen, diese aufrechterhalten und die Dauer sowie die Intensität regulieren kann (vgl. Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2015: 48). Bezüglich der Resilienz meint die Selbststeuerung die Kompetenz, auf Belastungssituationen flexibel zu reagieren, indem die Emotionen je nach Anforderung hinauf- oder hinabreguliert werden können (vgl. ebd.: 48f.).

Soziale Kompetenz

Die soziale Kompetenz einer Person beziehungsweise eines Kindes hängt davon ab, welche Erfahrungen das Kind bereits sammeln konnte und wie alt das Kind ist. Zudem kann sich das soziale Verhalten je nach Situation ändern. Demzufolge sind die Komplexität der Situation sowie die beteiligten Personen und die geltenden Normen gleichermassen relevant für das soziale Verhalten einer Person (vgl. Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2015: 50f.). Darüber hinaus sind auch verschiedene Fähigkeiten für die Entwicklung einer sozialen Kompetenz ausschlaggebend. Zum einen sind dies die Informationsverarbeitung und die emotionale Kompetenz, die sich mit den Resilienzfaktoren der Selbstwahrnehmung und der Selbststeuerung überschneiden. Für die Informationsverarbeitung bedeutet dies, dass die soziale Kompetenz von der Wahrnehmung und deren Verarbeitung beeinflusst wird, indem sich ein geringes Selbstwertgefühl auf das Verhalten auswirkt und die Person schliesslich in den Handlungsmöglichkeiten eingeschränkt ist (vgl. ebd.: 51). Bei der emotionalen Kompetenz geht es darum, dass eine Person sich ihrer Gefühle bewusst ist und diese ausdrücken sowie regulieren kann. Um sich dieser Gefühle bewusst zu sein, ist die Empathie ausschlaggebend, durch die es einer Person gelingt, sich in andere Menschen hineinzusetzen und deren Gefühle und Gedanken nachzuvollziehen (vgl. ebd.). Zum anderen muss eine sozial kompetente Person die eigenen Bedürfnisse auf eine angemessene Weise vertreten und durchsetzen können. Zudem ist die Fähigkeit der Selbstreflexion und der Kommunikation relevant, durch die eine Person ihr Verhalten und die eigenen Gefühle beurteilen und kommunizieren kann (vgl. ebd.).

Adaptive Bewältigungskompetenz

Bei diesem Resilienzfaktor geht es darum, dass ein Kind eine Stresssituation adäquat einschätzen kann, indem es erkennt, ob eine Situation bewältigbar ist und wo die eigenen Grenzen liegen (vgl. Barwinski 2016: 36). Damit dies gelingt, müssen die Kinder über verschiedene Bewältigungsstrategien verfügen, die sie dann situationsangemessen umsetzen können. Zudem müssen die Kinder die Fähigkeit besitzen, Unterstützung einzufordern sowie die Situation zu reflektieren und zu bewerten (vgl. ebd.).

Problemlösefähigkeiten

Unter Problemlösen kann die Fähigkeit verstanden werden, „komplexe, fachlich nicht eindeutig zuzuordnende Sachverhalte gedanklich zu durchdringen und zu verstehen, um dann unter Rückgriff auf vorhandenes Wissen Handlungsmöglichkeiten zu entwickeln, zu bewerten und erfolgreich umzusetzen“ (Leutner et al. 2005, zit. nach Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2015: 54).

Es handelt sich dabei um die Kompetenz, mit der Schwierigkeiten überwunden werden können, indem es einer Person gelingt, in besonders schwierigen Situationen Entscheidungen zu treffen (vgl. Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2015: 54). Die Person kann sich realistische Ziele setzen und traut sich zu, Probleme direkt zu bewältigen, indem sie auf verschiedene Problembewältigungsstrategien zurückgreift. Bei diesem Prozess werden unterschiedliche Lösungsstrategien entwickelt, die eine Person in einer späteren ähnlichen Situation anwenden kann (vgl. Barwinski 2016: 37).

Abschliessend kann festgehalten werden, dass, wenn Kinder über diese sechs beschriebenen Resilienzfaktoren verfügen, von resilienten Kindern gesprochen werden kann. Diese Kinder können demzufolge ihre Gefühle verbal sowie nonverbal adäquat ausdrücken. Zudem können sie sich selbst sowie ihre Gedanken und Gefühle angemessen reflektieren und es gelingt ihnen, die Gefühle von anderen Personen zu erkennen und einzuordnen (vgl. Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2015: 46). Auch kennen resiliente Kinder die eigenen Fähigkeiten und wissen, wie sie diese einsetzen müssen, um eine schwierige Situation zu bewältigen. Die erzielten Erfolge können sie auf ihr eigenes Handeln zurückführen und die entwickelten Strategien auf weitere Situationen übertragen. Diese Fähigkeit löst in ihnen Stolz aus und zugleich sind sie sich bewusst, dass sie mit ihrem Handeln etwas bewirken können. Zudem gelingt es resilienten Kindern, ihre eigenen Gefühle zu regulieren. Demzufolge wissen sie, wie sie sich selbst beruhigen können, aber auch, wann sie sich Unterstützung holen müssen. Die Kinder verfügen über Strategien zur Selbstberuhigung und können den inneren Anforderungen begegnen und diese bewältigen (vgl. ebd.:48-50). Ebenfalls

können resiliente Kinder auf andere Personen zugehen und Empathie zeigen. Dadurch gelingt es ihnen, soziale Situationen einzuschätzen, sich darin selbst zu behaupten und Konflikte adäquat zu lösen. In Stresssituationen erkennen resiliente Kinder, ob diese bewältigbar sind und wann sie an ihre Grenzen gelangen. Auch verfügen sie über Problemlösestrategien, durch die sie wissen, wie sie Probleme angehen können. Bei der Problemlösung können die Kinder verschiedene Lösungsmöglichkeiten entwickeln (vgl. ebd.: 50-57).

Im nächsten Kapitel werden bedeutsame Aspekte, die zur Förderung der beschriebenen Faktoren beitragen, aufgezeigt.

3.1.3 Förderung der Resilienzfaktoren

Förderung der Selbstwahrnehmung

Für die Förderung der Selbst- und Fremdwahrnehmung bei Kindern ist es von Bedeutung, dass die Sensibilität der Wahrnehmung für den eigenen Körper und die eigenen Gefühle gestärkt werden kann (vgl. Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2015: 45). Die Kinder sind dabei auf die Unterstützung von erwachsenen Personen angewiesen. Die erwachsenen Personen unterstützen die Kinder darin, ihre Wahrnehmungen und Gefühle sprachlich auszudrücken, sich selbst zu reflektieren und sich dabei ins Verhältnis zu anderen Personen zu setzen. Dies bedeutet beispielsweise, dass die Kinder verschiedene Wörter für das Gefühl der Angst kennen und die Gefühle der Wut, der Trauer und der Angst differenzieren können (vgl. ebd.).

Förderung der Selbstwirksamkeit

Zur Unterstützung der Förderung der Selbstwirksamkeit bei Kindern, ist es entscheidend, dass die Kinder Erfahrungen machen, sich im Alltag beteiligen und Verantwortung übernehmen können (vgl. Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2015: 48). Auch dabei sind die Kinder auf die Unterstützung von erwachsenen Personen angewiesen, indem die Erwachsenen sie ermutigen eine Schwierigkeit zu meistern und nicht zu schnell eingreifen. Bedeutend dabei ist, dass die Erwachsenen Vertrauen in die Fähigkeit der Kinder haben und ihnen ihre Stärken und ihre Kompetenzen bewusst machen (vgl. ebd.).

Förderung der Selbststeuerung

Damit die Selbststeuerung gefördert werden kann, ist es von grosser Bedeutung, dass ein positives emotionales Familienklima herrscht (vgl. Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2015: 49). Dies bedeutet, dass ein offener Umgang mit Gefühlen besteht, indem über die Gefühle der einzelnen Personen in der Familie gesprochen wird. Für die Selbststeuerung der Emo-

tionen ist es relevant, dass die Gefühle der Kinder angesprochen werden und dabei Möglichkeiten des Umgangs aufgezeigt werden oder Alternativen zur Verfügung stehen. Beispielsweise kann das Kind dazu angeleitet werden, sich selbst zu beobachten, die Gefühle wahrzunehmen und zu interpretieren, sich soziale Unterstützung zu holen sowie Handlungs- oder Regulationsstrategien zu entwickeln (vgl. ebd.).

Förderung der sozialen Kompetenz

Für die Förderung der sozialen Kompetenz der Kinder fungieren die Erwachsenen als Vorbild (vgl. Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2015: 52). Dabei sollten die Emotionen der Erwachsenen, ihre Mimik und ihre Gestik nachvollziehbar und adäquat sein. Dadurch lernen die Kinder, Reaktionen angemessen einzuschätzen und können die Handlungsabsichten verstehen. Zudem unterstützen klare Regeln und Abläufe die Kinder dabei, sich bei Konfliktlösungen und der anschließenden Reflexion, „(...) sich in andere hineinzusetzen und Lösungsstrategien zu entwickeln“ (Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2015: 52).

Förderung der adaptiven Bewältigungskompetenz

Bei der Förderung des Umgangs mit Stress spielt es eine bedeutende Rolle, dass die Erwachsenen mit den Kindern die stressauslösenden Situationen der Kinder reflektieren. Dabei werden gemeinsam mit den Kindern hilfreiche Strategien erarbeitet. So können beispielsweise Entspannungs- oder Bewegungsübungen eingeübt oder unterstützende Personen und Orte des Rückzugs aufgezeigt werden (vgl. Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2015: 54).

Förderung der Problemlösefähigkeit

Um die Problemlösefähigkeit zu fördern, müssen die Erwachsenen Vertrauen in die Fähigkeiten der Kinder haben und ihnen zutrauen, dass sie Probleme allein lösen können. Die Erwachsenen bieten dem Kind erst Hilfestellung; wenn es nach Ermunterung nicht zum Ziel kommt und um Hilfe bittet. Fördernd wirkt beispielsweise auch, wenn die Kinder in alltägliche Planungs- und Entscheidungsprozesse einbezogen werden (vgl. Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2015:56).

3.2 Resilienz und Resilienzförderung bei Kindern mit einer an der Borderline-Persönlichkeitsstörung erkrankten Mutter

Zu Resilienz und spezifischen Resilienzfaktoren von Kindern mit einer an der BPS erkrankten Mutter liegt ebenfalls keine Literatur vor. Es kann jedoch auf Literatur zu Resilienz und spezifischen Resilienzfaktoren bei Kindern von psychisch erkrankten Eltern zurückgegriffen

werden, die sich auch auf die BPS übertragen lassen. Bei der Auswahl der Literatur wurde meist die aktuellste verwendet; diese Ausführungen sind jedoch auch in anderen Veröffentlichungen zu finden (vgl. u.a., Lenz 2008, Lenz 2010, Wiegand-Grefe/Halverscheid et al. 2011). Ebenfalls wurde keine konkrete Literatur zur Förderung der Resilienz von Kindern mit einer an der BPS erkrankten Mutter gefunden, daher werden auch in diesem Zusammenhang mögliche Förderungen der Resilienz von Kindern mit psychisch erkrankten Eltern aufgezeigt.

Im Allgemeinen sind die in Kapitel 2.4.3 erläuterten Resilienzfaktoren auch für die Kinder von Eltern mit einer psychischen Erkrankung von Bedeutung (vgl. Plass/Wiegand-Grefe 2012: 78). Demzufolge kann davon ausgegangen werden, dass sich auch die Resilienzförderung dieser Resilienzfaktoren auf die Kinder von psychisch erkrankten Eltern übertragen lässt und somit auch auf Mütter, die an der BPS erkrankt sind. Die Resilienzförderung dieser Faktoren wurde im vorangegangenen Kapitel 3.1.3 erläutert.

Gemäss Untersuchungen bestehen personelle Schutzfaktoren, die besonders für Kinder von psychisch erkrankten Eltern relevant sind. Unter Bezugnahme auf Lenz/Kuhn (2011) sowie Gehrman/Sumargo (2009) halten Plass/Wiegand-Grefe ein hohes Selbstwertgefühl und eine hohe Selbstwirksamkeit sowie die Kompetenz des Problemlösens als bedeutsame Schutzfaktoren für die betroffenen Kinder fest. Weitere relevante Faktoren sind ein robustes Temperament, der Resilienzglaube und ein positives Selbstkonzept (vgl. Plass/Wiegand-Grefe 2012: 78). Es kann daher davon ausgegangen werden, dass die Förderung der genannten Resilienzfaktoren für Kinder mit einer an der BSP erkrankten Mutter von besonderer Relevanz ist.

Neben den personellen Schutzfaktoren kommt der Beziehungsqualität bei Eltern mit einer psychischen Erkrankung und ihren Kindern eine besondere Bedeutung zu. Wenn die Beziehung zwischen dem erkrankten Elternteil und den Kindern tragfähig ist und Sicherheit vermittelt, wirkt sich dies positiv auf die Entwicklung der Kinder aus. Diese Beziehung sollte emotional und kognitiv unterstützend sein und den Kindern im gleichem Masse Bindung sowie Eigenständigkeit ermöglichen (vgl. Lenz/Wiegand-Grefe 2017: 36). Zudem bezieht sich diese Beziehungsqualität auch auf die Beziehung zwischen den Kindern und dem gesunden Elternteil, auf die Beziehung der Kinder zu anderen bedeutenden Bezugspersonen sowie auf die Beziehung der Eltern zueinander und zu anderen Personen (vgl. ebd.:36f.). Auch sind „protektive Effekte durch ausserfamiliäre Personen und Peers“ (Lenz/Wiegand-Grefe 2017: 37) bedeutsame Faktoren, die zur Resilienz von Kindern psychisch erkrankter Eltern beitragen. Ausserfamiliäre Personen wie beispielsweise Verwandte oder Lehrer können die betroffenen Kinder besonders in Belastungssituationen unterstützen, indem sie sich beispielsweise bei einem Krankenhausaufenthalt des erkrankten Elternteils um die Kinder

kümmern. Dadurch können sie den betroffenen Kindern Schutz, Sicherheit sowie Vertrauen bieten und stellen somit einen stabilisierenden Faktor für die Kinder dar (vgl. Lenz/Wiegand-Grefe 2017: 37). Dies gilt auch für Freundschaften mit anderen Kindern, wodurch die betroffenen Kinder Abwechslung, Ablenkung und Anerkennung erleben können (vgl. ebd.:38). Der Stärkung der inner- und ausserfamiliären Beziehungen kommt daher eine hohe Bedeutung für die betroffenen Kinder zu. Die Eltern sollten dabei unterstützt werden, die Beziehungssituationen innerhalb der Familie zu klären und zur Reflexion anzuregen, um die Eltern schliesslich in der Verbesserung der Beziehungsqualität und Lösung von Beziehungskonflikten zu bestärken (vgl. Wiegand-Grefe/Halverscheid/Plass 2011: 90). Zudem sollte je nach Bedarf mit den Eltern gemeinsam nach ausserfamiliären Bezugspersonen für die Kinder gesucht werden (vgl. ebd.)

Des Weiteren wird die Krankheitsbewältigung des psychisch erkrankten Elternteils als relevanter Resilienzfaktor der betroffenen Kinder genannt und sollte von Beginn an im Zentrum der Resilienzförderung stehen (vgl. Wiegand-Grefe/Halverscheid/Plass 2011: 89). Dies bedeutet, dass die Eltern, die Angehörigen sowie die Kinder adäquat mit der Krankheit umzugehen lernen (vgl. Lenz/Wiegand-Grefe 2017: 38). Für eine angemessene Krankheitsbewältigung ist es von besonderer Bedeutung, dass in der Familie flexible Arbeits- und Aufgabeneinteilungen bestehen. Zudem sollte private Unterstützung im sozialen Netzwerk in Anspruch genommen werden und es sollte eine gute Kooperation zum professionellen Hilfesystem bestehen (vgl. Lenz/Wiegand-Grefe 2017: 38).

Eine bedeutende Rolle spielt zudem die sogenannte Psychoedukation. Dies bedeutet, dass die Kinder über die Krankheit ihrer Eltern Bescheid wissen und der Umgang mit der Krankheit offen und aktiv kommuniziert wird (vgl. Lenz/Wiegand-Grefe 2017: 38). Dabei geht es nicht nur um die Vermittlung der Diagnose der Krankheit, sondern darum, die betroffenen Kinder altersadäquat aufzuklären. Dadurch kann das Kind die Verhaltensweisen des betroffenen Elternteils nachvollziehen und verstehen. Zudem entwickelt es ein Verständnis für die Auswirkungen der Krankheit auf die Familie und die dadurch entstehenden Herausforderungen und Belastungen im Familienleben und im Alltag (vgl. Lenz/Wiegand-Grefe 2017: 38). Darüber hinaus ist es für die Kinder von Bedeutung, zu wissen, wie sie sich im Alltag gegenüber dem erkrankten Elternteil verhalten können (vgl. Lenz 2010: 31.).

Dabei muss beachtet werden, welche Informationen für die Kinder relevant sind und welche sie emotional verarbeiten können, ohne damit überfordert und dadurch verunsichert und verängstigt zu werden (vgl. Lenz 2010: 31f.). Zentral ist aber auch, dass die Sichtweise der Kinder erfragt wird, indem die Hoffnungen, der Mut und die Zukunftserwartungen der Kinder angesprochen werden (vgl. ebd.: 31f.). Voraussetzung dafür ist, dass auch die kommunikativen Fertigkeiten innerhalb der Familie gefördert werden. Durch die Förderung der Kommunikation kann zudem Verständigung und Klarheit geschaffen werden und die einzelnen

Familienmitglieder werden dadurch motiviert, ihre Gefühle zu äussern und gemeinsame Wege zu erarbeiten (vgl. ebd.: 30). Zudem kann durch die Auseinandersetzung schneller auf eine mögliche krankheitsbedingte Krise reagiert, diese somit vermieden oder vermindert werden (vgl. Wiegand-Grefe/Halverscheid/Plass 2011: 89).

Zudem ist die elterliche Erziehungskompetenz eine bedeutende Familienressource und ein entscheidender Aspekt der kindlichen Entwicklung (vgl. Lenz/Wiegand-Grefe 2017: 71f.). Wustmann beschreibt sechs bedeutsame Erziehungskompetenzen, die besonders gefördert werden müssen, um eine gelingende Erziehung zu gewährleisten (vgl. Wustmann 2004: 137):

- Der autoritative Erziehungsstil
- Eine gute Kommunikation zwischen Eltern und Kinder
- Ein gutes Modellverhalten der Eltern
- Effektive Erziehungstechniken wie beispielsweise die positive Verstärkung
- Das elterliche Kompetenzgefühl
- Konfliktlösestrategien der Eltern (vgl. ebd.).

Zur Förderung dieser sechs Erziehungskompetenzen bestehen Angebote der Eltern- und Familienbildung. Besonders Elterntrainings bieten eine gute Möglichkeit, die Erziehungskompetenzen zu stärken (vgl. Wustmann 2004: 138). Zudem ist die Aufklärung der Eltern von Bedeutung. Es kann daher von Vorteil sein, die Eltern über die Risiko- und Schutzfaktoren der Entwicklung ihrer Kinder zu informieren und diese damit zu konkretisieren. Des Weiteren kann auch bei Bedarf ein Gespräch über die Stärken und Schwächen der Kinder und über bestehende Förderungsmöglichkeiten geführt werden (vgl. Wiegand-Grefe/Halverscheid/Plass 2011: 88).

4 Sozialpädagogische Familienbegleitung

Um die Bedeutung der Sozialpädagogischen Familienbegleitung (SPF)³ aufzuzeigen und das Konzept der SPF zu verstehen, wird zunächst der Begriff der SPF erläutert und dessen Verbreitung in der Schweiz dargelegt. Anschliessend werden erneut die Erkenntnisse, die bereits zur SPF mit Müttern, die an der BPS erkrankt sind, vorliegen und die bestehenden Methoden zur Resilienzförderung in der SPF zusammengefasst. Da sich die SPF an verschiedenen Konzepten orientiert, wird zum Schluss als Beitrag zur Beantwortung der Hauptfragestellung versucht, anhand des Konzepts der Kompetenzorientierten Familienarbeit (KOFA)⁴ aufzuzeigen, welche Möglichkeiten zur Resilienzförderung von Kindern mit einer an der BPS erkrankten Mutter im Konzept der KOFA bestehen. Hierzu wird das Konzept der KOFA beschrieben und erfolgt abschliessend eine Auseinandersetzung mit der Resilienzförderung in der KOFA.

4.1 Begriff der Sozialpädagogischen Familienbegleitung

Die SPF stellt eine Methode der Sozialen Arbeit dar. Die Begleitung findet Zuhause statt und richtet sich an spezifische Situationen einer Familie. Es handelt sich dabei um eine direkte und intensive Begleitung, die im alltäglichen Umfeld der Familie erfolgt und als Hilfe zur Selbsthilfe verstanden werden kann. Dieser Einsatz zielt darauf ab, die Familien, aber auch Einzelpersonen in schwierigen Situationen zu unterstützen, um diese möglichst schnell wieder dazu zu befähigen, Orientierung zu finden, sicher zu handeln und Entscheidungen selbst treffen zu können (vgl. Lötscher 2009: 143). Es geht darum, die Leistungsfähigkeit einer Familie wiederherzustellen und den Lebensraum der Familie für die Kinder zu erhalten (vgl. Woog: 2010: 24). Das Ziel ist die Gewährleistung und Förderung des Kindeswohls (vgl. AvenirSocial 2017: 1). Durch die SPF kann oftmals eine Fremdplatzierung der Kinder verhindert werden (vgl. Gesundheits-Sozial und Umweltdirektion Kanton Uri 2012: 1).

Gemäss dem Fachverband der SPF in der Schweiz handelt es sich bei der Klientel der SPF mit 51 % vorwiegend um alleinerziehende Mütter oder Väter, gefolgt von Familien mit traditioneller Elternschaft mit 31 % (vgl. Fachverband Schweiz 2016: (o.S.)). Die Kinder in der Familie sind vorwiegend zwischen 7–12 Jahre (37 %) oder 0–6 Jahre alt (31 %). Bei den

³ Aufgrund der häufigen Verwendung des Begriffs der Sozialpädagogische Familienbegleitung wird in der vorliegenden Bachelorthesis die Abkürzung SPF verwendet.

⁴ Aufgrund der häufigen Verwendung des Begriffs der Kompetenzorientierten Familienarbeit wird in der vorliegenden Bachelorthesis die Abkürzung KOFA verwendet.

Problemstellungen handelt es sich mit 62 % vorwiegend um Erziehungsschwierigkeiten der Eltern. Darüber hinaus sind Sucht- oder Ausbildungsprobleme der Kinder (38 %), eine mangelnde Tagesstruktur (37 %), Elternkonflikte (35 %) und psychische Probleme der Eltern (31 %) Gründe für den Einsatz der SPF (vgl. Fachverband Schweiz 2016: (o.S.).

Die Fachperson der Sozialen Arbeit begleitet die Familien und erarbeitet mit ihnen deren Ziele. Zudem wird versucht, die verlorenen Fähigkeiten aufzudecken und diese der Familie oder einzelnen Familienmitgliedern bewusst zu machen (vgl. Rothe 2011: 13). Es geht darum, die Erziehungsberechtigten in ihrer Erziehungskompetenz zu stärken, den konstruktiven Umgang mit Spannungen in der Familie zu unterstützen, die Kinder individuell zu fördern und die nötige Vernetzung und Erfassung der Ressourcen im direkten Umfeld zu erschliessen. Die Professionellen arbeiten systemisch, partizipativ, ressourcenorientiert und interdisziplinär und orientieren sich an folgenden Arbeits- und Handlungsprinzipien (vgl. AvenirSocial 2017: 1):

- Ressourcen- und Risikoorientierung: Die Familienmitglieder werden ermutigt und dabei unterstützt, sich möglichst selbständig die fehlenden Ressourcen anzueignen und die bestehenden Belastungen zu reduzieren. Die Professionellen überprüfen laufend, ob eine Balance zwischen den Ressourcen und den Risiken besteht (vgl. AvenirSocial 2017: 3).
- Alltags- und Lebensweltnähe: Die Probleme werden aus der Sicht der Familienrealität verstanden, ernstgenommen und bearbeitet (vgl. ebd.).
- Netzwerkarbeit: Die Beziehungen der Familienmitglieder und die des näheren Umfelds werden erfasst und mit dem Ziel des Anschlusses an die Gesellschaft erweitert (vgl. ebd.)
- Hilfe zur Selbsthilfe: Die Familie wird dabei unterstützt, selbstständig Problemlösungsstrategien zu entwickeln. Die früheren Erfolge werden dabei erfasst und erweitert (vgl. ebd.)
- Stabilisierung: Die Stabilität der Familie wird durch die Erhaltung problemfreier Bereiche erhöht, gleichzeitig werden Angebote zur Entlastung der Familie vermittelt (vgl. ebd.)
- Struktur und Offenheit: Der Unterstützungsprozess wird strukturiert und die Methoden werden auf die Schwierigkeiten der Familie abgestimmt (vgl. ebd.:3f).
- Beziehungs- und Rollengestaltung: Es besteht eine wertschätzende, respektvolle und professionelle Haltung gegenüber der Familie. Zudem ist der Umgang mit der Familie transparent gestaltet (vgl. ebd.).

4.1.1 Sozialpädagogische Familienbegleitung bei Müttern, die an der Borderline-Persönlichkeitsstörung erkrankt sind

Es liegt keine spezifische Literatur zu Erkenntnissen bezüglich Müttern, die an der BPS erkrankt sind, im Kontext der SPF vor. Rehder (2016) befasst sich in seiner Untersuchung mit psychisch erkrankten Eltern in der Kinder- und Jugendhilfe und geht auch auf die Methode der SPF ein. Im Folgenden wird versucht, den aktuellen Diskurs zu psychisch erkrankten Eltern in der SPF aufzuzeigen.

Eltern mit einer psychischen Erkrankung wird in der Jugendhilfe der Schweiz nur mangelhafte Aufmerksamkeit geschenkt (vgl. Rehder 2016: 96). Rehder führt unter Bezugnahme auf Frindt (1010) aus, dass laut Untersuchungen eine Verschärfung der Situation psychisch belasteter Eltern in der Kinder- und Jugendhilfe gegeben ist (vgl. ebd.:30). Rehder zeigt anhand einer regionalen Analyse auf, dass ca. 10 % der Eltern in der Kinder- und Jugendhilfe an einer diagnostizierten psychischen Erkrankung leiden (vgl. ebd.). Es wird jedoch angesichts der hohen Dunkelziffer angenommen, dass es sich um einen deutlich höheren Anteil handelt (vgl. ebd.). Psychisch erkrankte Eltern machen daher eine immer bedeutsamere Gruppe aus. Diese können jedoch oft aufgrund der lückenhaften inhaltlich-fachlichen Wissensbestände und mangelnden Kooperation seitens der Betroffenen nicht bedarfsgerecht unterstützt werden (vgl. ebd.:30f.). Unter Bezugnahme auf AGJ (2010)⁵ Zudem stellen die familiären Problemlagen, die durch die psychische Krankheit entstehen, eine hohe Variabilität dar. Erfahrungen aus der Praxis zeigen, dass das Expertenwissen der Professionellen der Sozialen Arbeit mit diesen Anforderungen oft nicht kompatibel ist (vgl. Rehder 2016: 14).

Erfahrungsberichte weisen des Weiteren darauf hin, dass die Professionellen der SPF Schwierigkeiten haben, eine Arbeitsbeziehung zu den Eltern mit einer psychischen Erkrankung aufzubauen. Die Professionellen der SPF befinden sich in einem zeitlich intensiven und häufig ambivalenten Kontakt zu den Eltern, der von Kontrolle geprägt ist. (vgl. Rehder 2016: 16). Zudem ist das Praxisfeld der SPF heterogen und somit unspezifisch, auch wenn die Praxis zunehmend zielgruppenorientiert ausgerichtet ist. Dennoch besteht ein hoher Bedarf an Wissenserweiterung bezüglich der Hilfeprozesse (vgl. Rehder 2016: 16). Hinzu kommt, dass die Professionellen oft nur über lückenhafte Kenntnisse über die Diagnose des psychisch erkrankten Elternteils verfügen. Auch die Berichte der Psychiater seien infolge der nur schwer verständlichen Inhalte, für die Familienbegleitung nur bedingt verwendbar. Zudem liegt oft auch keine Diagnose einer psychischen Erkrankung der Eltern

⁵ AOLG (2012), Bauer et al. (2010), Cassée et al. (2008), Fröhlich-Gildhoff et al. (2006), Hofer/Lienhart (2008), Schmutz (2010), Schone/Wagenblass (2006), Weber (2012)

vor. Diese würde im Verlauf der Arbeit mit der Familie vermutet werden, oft sind aber andere Schwierigkeiten im Vordergrund, sodass der Fokus auf die Krankheit schnell wieder verloren geht (vgl. Rehder 2016: 97).

Die Forschung hat sich bislang mit der Problematik von Eltern mit einer psychischen Erkrankung in der SPF noch nicht ausreichend auseinandergesetzt (vgl. Rehder 2016: 14). Wenn Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil in der Kinder- und Jugendhilfe sind, sind sie meist noch in andere Hilfesystemen eingebunden, wie beispielsweise die Erwachsenen- oder Kinderpsychiatrie. Diese Hilfesysteme verfügen nur bedingt über eine gemeinsame Kenntnis- und Handlungsbasis (vgl. Rehder 2016: 30). Rehder führt unter Bezug auf Schrappe weiter aus, dass eine Zusammenarbeit lohnend wäre, „(...) dies aber von der akzidentiellen Bedingung einer persönlichen Verbindung der Helfer/-innen-Akteure abhängt, die generelle und über eine individuelle Fallebene hinweisende professionelle Kooperation aber noch unüblich ist.“ (Schrappe 2011, Zit. nach Rehder 2016: 30f.). Auch zahlreiche Eltern mit einer psychischen Erkrankung versuchen die SPF zu umgehen (vgl. Rehder 2016: 31). Unter Bezugnahme auf Schmutz (2010) fügt Rehder hinzu, dass es bei der Arbeit mit den psychisch erkrankten Eltern in der SPF bezüglich der gelingenden Kooperation mit den Eltern förderlich sei, wenn die Professionellen mit ihnen über die psychische Krankheit sprechen würden (vgl. Rehder 2016: 96). Dazu können Arbeitsinstrumente wie beispielsweise das Genogramm oder die Familienhistorie verwendet werden. Eine Schwierigkeit kann in diesem Zusammenhang eine mangelnde Krankheitseinsicht des psychisch kranken Elternteils darstellen sowie eine geringe Distanz der Professionellen. Zudem komme es oft vor, dass die Eltern zu viel Unterstützung der Professionellen verlangen, sodass die Unterstützung der Kinder zu kurz kommt (vgl. ebd.). Die Wahl der Intervention kann aufgrund des mangelnden Wissens auch eine Herausforderung darstellen und besonders bei Eltern mit einer psychischen Erkrankung kann eine unangemessene Intervention zum Hervortreten von Krankheitssymptomen führen (vgl. ebd.:98).

4.1.2 Resilienzförderung in der Sozialpädagogischen Familienbegleitung

In den Leitbildern der SPF in der Schweiz wird vorausgesetzt, dass lösungsorientiert und ressourcenorientiert gearbeitet wird. Es wird jedoch nicht beschrieben, wie dies konkret umgesetzt und dabei die Resilienz der Kinder und der Familie gefördert werden soll. Auch beim Leitbild der SPF nach AvenirSocial, wie bereits in Kapitel 4.1 erläutert, stellt die Ressourcen- und Risikoorientierung ein bedeutendes Arbeits- und Handlungsprinzip der SPF dar. Dabei wird die Familie unterstützt, sich die fehlenden Ressourcen eigenständig anzueignen. Zudem wird versucht, die bestehenden Risikofaktoren gemeinsam mit der Familie

zu reduzieren (vgl. AvenirSocial 2017: 2). Es kann daher davon ausgegangen werden, dass in der SPF der Fokus oftmals auf den Ressourcen und deren Förderung liegt.

Zander erläutert, dass die SPF eine geeignete Methode sei, um die Resilienz der Familie zu fördern und somit einen bedeutsamen Schutzfaktor der Kinder zu schaffen (Zander 2009: 189). Denn durch diese Methode könnten alle Familien erreicht werden. Jedoch muss auch beachtet werden, dass die SPF nicht immer auf freiwilliger Basis beruht und es somit problematisch sein könnte, eine Vertrauensbasis zwischen den Professionellen und der Familie herzustellen, die jedoch unabdingbar für die Resilienzförderung sei. (vgl. ebd.). Unter Bezugnahme auf Wolf (2006) führt Zander eine Erweiterung der Resilienzförderung in der SPF aus: „Wolf plädiert also für eine SPF, die sich nicht darauf beschränkt, auf die innerfamiliären Prozesse Einfluss zu nehmen – d.h. auf die Beziehungen zwischen den Familienmitgliedern, Alltagsroutinen, Arbeitsteilungen und Ritualen. Vielmehr müsse (...) der Aktionsradius erweitert werden, indem vor allem auch ausserfamiliäre Ressourcen für die Kinder zugänglich gemacht werden.“ (Wolf 2006 zit. nach Zander 2009: 190) Des Weiteren wird auch in der Frühförderung nach dem Konzept der Resilienz gearbeitet (vgl. Pretis/Dimova 2016: 70). Die empirischen Daten bezüglich der Effizienz der Resilienzförderung seien im Jahre 2015 noch nicht ausreichend. Dennoch kann festgehalten werden, dass die Resilienzförderung die Perspektive der frühen Sensibilisierung, der Prävention sowie der familiären und gesellschaftspolitischen Verantwortung vermittelt (vgl. ebd.).

4.2 Die Kompetenzorientierte Familienarbeit

Die Kompetenzorientierte Familienarbeit (KOFA) zählt zu der Methodik der Kompetenzorientierung. In der vorliegenden Bachelorthesis wird die Kompetenzorientierung und die KOFA nur in Grundzügen vorgestellt, da eine vertiefte Auseinandersetzung den Rahmen der Arbeit überschreiten würde. Dabei wird darauf geachtet, dass besonders Aspekte und Merkmale der KOFA-Methodik, die sich auf die Resilienz und dessen Förderung sowie auf die Kinder mit einer an der BPS erkrankten Mutter oder auf psychisch erkrankte Eltern beziehen, hervorgehoben werden.

Nach Casée lässt sich die Kompetenzorientierung wie folgt charakterisieren:

„Die Methodik [der Kompetenzorientierung] ordnet theoretische Ansätze und stellt Instrumente und Verfahren bereit, um die Chancen gelingender Alltagsbewältigung von Kindern, Jugendlichen und deren Eltern zu verbessern. Von speziellem Interesse ist dabei, wie Kompetenzen in der Bewältigung von Alltagssituationen erfasst und erweitert, und wie Kompetenzmängel durch gezielte Interventionen behoben oder verringert werden können. Gerade in der Entwicklungsphase von Kindern und Jugendlichen ist diese Zielsetzung von hervorragender Bedeutung sowohl für die Verhinderung, Linderung oder Lösung individuellen und familialen Leidens

als auch zur Verminderung sozialer und ökonomischer Schäden, die mit einer Chronifizierung von Kompetenzmängeln einhergehen.“ (Cassée 2010: 13)

Die Methodik der KOFA besteht seit 2004 und ist vorwiegend in den Niederlanden und im englischsprachigen Raum verbreitet. Dabei handelt es sich um ca. 20 verschiedene Organisationen der Kinder- und Jugendhilfe (vgl. Cassée 2015: 10). Auch in der Schweiz arbeiten bereits Organisationen nach der KOFA, wie unter anderem die Stiftung ikj Bremgarten, welche die kompetenzorientierte Familienintervention nach dieser Methode leitet oder die Kofa Winterthur GmbH, die verschiedene Dienstleistungen anbietet.

Die KOFA-Methodik richtet sich an Fachpersonen aus der Kinder- und Jugendhilfe und „(...) präsentiert eine Methodik für die aufsuchende Sozialarbeit in Familien, welche aus verschiedenen Gründen die Anforderungen des Alltags nicht in genügendem Mass aus eigener Kraft bewältigen können“. (Cassée 2015: 11) Die Aufgabe der Fachpersonen ist es, das Verhalten, den Entwicklungsstand sowie die Lebensbedingungen der Familie zu erfassen und falls nötig Veränderungsprozesse einzuleiten (vgl. Cassée 2015: 33). Um eine professionelle Beurteilung und Intervention vornehmen zu können, orientieren sich die Fachpersonen an verschiedenen Theorien. Grundlegende Theorien der KOFA-Methodik stellen auch die Theorie der Schutz- und Risikofaktoren sowie die der Resilienzförderung dar (vgl. ebd.: 44-48). Die Schutz- und Risikofaktoren können im Abklärungsmodul der Intensivabklärung und in den Interventionsmodulen in der Diagnostikphase erfasst werden, indem eine Auflistung der Faktoren stattfindet. Bei der Resilienzförderung richtet sich die KOFA nach der Theorie von Antonovsky (1997), der das Konzept des Kohärenzgefühls entwickelte (vgl. ebd.: 47). Bei diesem Konzept werden die Dimensionen der Verstehbarkeit, der Bedeutsamkeit und der Handhabbarkeit unterschieden. Mit der Methodik der KOFA kann dieses Kohärenzgefühl gestärkt werden, indem beispielsweise die Verstehbarkeit durch die Vermittlung von Informationen gefördert wird (vgl. ebd.:48). Um die Verstehbarkeit zu fördern, stellt die Psychoedukative Gesprächsführung eine bedeutende Gesprächsführung der KOFA-Methodik dar (vgl. Cassée 2015: 72). Die Psychoedukation wurde auch in Kapitel 3.1.4 als bedeutender Resilienzfaktor und eine Möglichkeit der Resilienzförderung für Kinder von psychisch erkrankten Eltern beschrieben. Des Weiteren kann bei der Dimension der Bedeutsamkeit dieses Kohärenzgefühl in der KOFA-Methodik durch lernfördernde Unterstützung gestärkt werden, indem die Bedeutung von Ereignissen sowie Strategien der Selbstwirksamkeit erarbeitet werden (vgl. ebd.:48).

Auch die spezifischen Merkmale der KOFA-Methodik beinhalten die Erfassung von Schutz- und Risikofaktoren sowie die Resilienzförderung. Vor der Intervention wird jeweils eine soziale Diagnostik der Familie durchgeführt, indem „(...) die Stärken und Probleme sowie Schutz- und Risikofaktoren für die Entwicklung der Kinder (...)“. (Cassée 2015: 29) benannt werden. Zudem kann bei Verdacht einer Kindeswohlgefährdung eine Risikoeinschätzung

durchgeführt werden. Ein weiteres Merkmal ist auch, dass sich die Interventionen auf „(...) die Erweiterung der Fähigkeiten der Familienmitglieder zur Bewältigung der anstehenden Aufgaben des Alltags unter Nutzung der Ressourcen im Familiensystem und in der Lebenswelt“ (Cassée 2015: 29) fokussieren.

Bei Kindern mit psychisch erkrankten Eltern wird bei der Abklärung der KOFA-Methodik oftmals die bereits erwähnte Risikoeinschätzung durchgeführt. Hierzu verwendet die KOFA-Methodik das Instrument der Risikoeinschätzung für Kinder psychisch kranker Eltern, RE-KipE⁶. Durch dieses Instrument kann die Situation der betroffenen Kinder strukturiert beschrieben und bewertet werden. Das RE-KipE-Instrument wird in der KOFA-Intensivabklärung angewandt. Dabei werden zwölf Faktoren beschrieben und bewertet, die „(...) spezifisch sind für die psychische Erkrankung (...) eines Elternteils und die Auswirkungen auf die Kinder“. (Cassée 2015: 95) Diese werden jeweils anhand mehrerer Dimensionen genauer aufgeführt. Anschliessend wird das Ergebnis in einer Schlusseinschätzung festgehalten und ausgewertet, ob ein hohes, mittleres oder tiefes Risiko einer Kindeswohlgefährdung besteht (vgl. Cassée 2015: 95f.).

Bevor eine Abklärung und eine Intervention der KOFA-Methode durchgeführt wird, wird die sogenannte Indikation bestimmt. Eine Indikation befasst sich mit der Frage, welche Unterstützung für die Klientel geeignet und notwendig ist (vgl. Cassée 2015: 27). Die Grundlegende Indikation bei der KOFA ist, dass „(...) eine erhebliche Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit des Familiensystems“ vorliegt. (Cassée 2015: 27) Dies bedeutet, dass die Bewältigung der Alltagsaufgaben gefährdet ist. Zudem erweist sich die Situation der Sicherheit und der Entwicklungsmöglichkeiten der Kinder als unklar (vgl. Cassée 2015: 27). Es können zwei Typen von Indikationen unterschieden werden. Anhand der Bestimmung des Indikationstypen wird anschliessend auch entschieden, welches Modul der KOFA-Methodik durchgeführt wird. Der erste Typus fokussiert sich auf Erziehungsprobleme der Eltern, auf die an dieser Stelle nicht näher eingegangen wird. Der zweite Typus befasst sich mit ‚Multiproblem-Familien‘. Bei den ‚Multiproblem-Familien‘ handelt es sich um komplexe Belastungen in der Familie, die meist zeitgleich und in Wechselwirkung auftreten (vgl. ebd.: 27f.). Die Probleme bestehen bereits oft seit Längerem. Die alltäglichen Aufgaben sowie die Entwicklungsaufgaben der Kinder und der Eltern können mit den bestehenden Fähigkeiten und Ressourcen in der Familie und im Sozialen Umfeld nicht vollumfänglich bewältigt werden. Bei den Problemkonstellationen handelt es sich unter anderem um folgende Themen, die einzeln oder in Kombination auftreten können (vgl. ebd.):

⁶ Einfachheitshalber wird nachfolgend nur noch die Abkürzung RE-KipE verwendet

- Elterliche Erziehungsprobleme
- Gewalt in der Familie
- Suchtprobleme
- Psychische Erkrankung der Eltern oder eines Elternteils
- Konflikte zwischen den Eltern
- Drohende Fremdunterbringung der Kinder (vgl. ebd.:28).

Bei den ‚Multiproblem-Familien‘ umfasst die Methodik der KOFA in der Abklärung eine KOFA-Intensivabklärung mit eventueller Risikoeinschätzung und anschliessenden Interventionsmodulen der KOFA-6-Monate oder KOFA-6-MonatePLUS. In seltenen Fällen kann es auch zu einer Fremdplatzierung kommen (vgl. ebd.:28f.).

4.2.1 KOFA-Intensivabklärung

Das Modul der KOFA-Intensivabklärung richtet sich an Familien, bei denen eine Gefährdung des Kindeswohls vermutet wird und mit Gesprächen und einem Hausbesuch noch nicht genügend eindeutige Informationen sichergestellt werden konnten (vgl. Cassée 2015: 97).

Die in der Regel vorliegende Gefährdungsmeldung wird von der zuständigen Behörde an die Fachstelle der KOFA weitergeleitet (vgl. ebd.:98). Bei der Intensivabklärung werden Informationen „(...) über die Lebensbedingungen, den familiären Alltag, die Eltern-Kind Interaktionen, die Erziehungsfähigkeit der Eltern, den Entwicklungsstand und die Entwicklungschancen der Kinder sowie über das Netzwerk der Familie (...)“ (Cassée 2015: 97f.) gesammelt. Diese werden anschliessend mit Hilfe strukturierter Beobachtungs- und Gesprächssettings im Familienalltag beschrieben und ausgewertet. Dabei kann das in Kapitel 4.2 erwähnte Instrument RE-KipE verwendet werden. (vgl. Cassée 2015: 97f.)

Bei der Intensivabklärung ist die KOFA-Fachstelle rund um die Uhr erreichbar. Die Abklärung dauert in der Regel vier bis sechs Wochen. Die Fachperson verbringt ca. 40–50 Stunden in der Familie. Ein Einsatz in der Familie dauert zwischen sechs bis acht Stunden. Bei Bedarf ist die Fachperson auch an Wochenenden oder an Abenden in der Familie anwesend. Zudem kann bei Erfordernis auch Kontakt aufgenommen und können Gespräche mit Personen und Fachpersonen aus der Lebenswelt der Familie geführt werden, wie beispielsweise Verwandte, Lehrer, Ärzte oder Therapeuten. Durch die intensive Begleitung können Familienstrukturen, Regeln, Routinen und Interaktionen in der Familie vertiefter und realistischer erkannt werden (vgl. Cassée 2015: 98f.).

Zum Schluss der Intensivabklärung werden die Ergebnisse in einem Bericht umfassend erläutert und Empfehlungen für die weiteren Schritte ausgesprochen. Der Bericht beinhaltet

die Antworten auf die Fragen der Behörde sowie Informationen über die Entwicklungsbedingungen und das bestehende Risiko in der Familie. Ein weiterer bedeutender Aspekt ist die Beurteilung der Einsichtsfähigkeit der Eltern und inwiefern diese bereit sind, die notwendige Unterstützung anzunehmen (vgl. Cassée 2015: 99).

4.2.2 Modul KOFA-6-Monate und KOFA-6-MonatePLUS

Das KOFA-6-Monate-Modul folgt nach einer KOFA-Intensivabklärung. Es richtet sich an Familien, in denen das Kindeswohl nicht akut gefährdet ist, bei denen aus folgenden Gründen aber dennoch keine gelingende Entwicklung für die Kinder besteht: „Überforderung der Eltern, Gewalt in der Familie, Sucht und psychische Erkrankung eines Elternteils, Problemverhalten eines oder mehrerer Kinder, finanzielle Probleme, belastete Trennung oder Scheidung, Parentifizierung der Kinder.“ (Cassée 2015: 101)

Zunächst wird eine Diagnostik in der Lebenswelt durchgeführt, die zwischen drei bis vier Wochen dauert. Nach der Diagnostikphase wird ein Bericht verfasst, der die Ziele und die bedeutenden Punkte für die Arbeitsphase beinhaltet (vgl. Cassée 2015: 101f.). Anschließend folgt ein intensiver Kontakt mit der Familie, im Zuge dessen die KOFA-Fachperson die Familie über einen Zeitraum von sechs bis acht Wochen, mehrmals pro Woche für ein- einhalb bis zwei Stunden besucht. Danach wird der Kontakt immer mehr abgebaut – mit dem Ziel, dass die Familie allmählich wieder mit ihren eigenen Ressourcen den Alltag gestalten kann. Zudem kann erneut nach Bedarf Kontakt aufgenommen und können Gespräche mit Personen und Fachpersonen aus der Lebenswelt der Familie wie beispielsweise Verwandte, Lehrer, Ärzte oder Therapeuten geführt werden. Nach den ersten drei Monaten des Moduls wird ein Verlaufsbericht erstellt, in dem die Fortschritte der Familie sowie die Schwerpunkte der nachfolgenden drei Monate festgehalten werden. Zum Schluss des Moduls KOFA-6-Monate wird ein Schlussbericht verfasst, der die Ziel- sowie eine Prozessüberprüfung beinhaltet. Zudem wird die aktuelle Situation der Familie geschildert und es werden Empfehlungen für die weiteren Schritte festgehalten (vgl. ebd.).

Das Modul KOFA-6-MonatePLUS folgt, wenn nach einer KOFA-Intensivabklärung eine Kindeswohlgefährdung festgestellt wurde, jedoch keine Fremdplatzierung vorgesehen ist. Anschließend werden bei diesem Modul die bestehenden Risikofaktoren gezielt bearbeitet. Dieses Modul unterscheidet sich gegenüber dem KOFA-6-Monate-Modul darin, dass es erweiterte Leistungen anbietet, die aus der Risikoeinschätzung erfolgt sind und somit in der Auftragsklärung vereinbart wurden (vgl. Cassée 2015: 103). Diese erweiterten Leistungen können unter anderem die Thematik bei einer Suchterkrankung und die Zusammenarbeit mit Ärzten sowie mit Therapeuten beinhalten. Zudem kann eine erhöhte Anwesenheit in der Familie festgelegt werden oder eine erweiterte Netzwerkarbeit mit dem Umfeld der Familie erfolgen (vgl. ebd.).

Alle KOFA-Module sind in eine Diagnostik-, Arbeits- und Abschlussphase unterteilt. In den Phasen werden bestimmte Prozessschritte definiert und spezifische Instrumente verwendet (vgl. Cassée 2015: 105). Die Diagnostikphase dient zur Erfassung der Familiensituation sowie zur Informationssammlung und dauert ca. vier Wochen (vgl. ebd.). Die Arbeitsphase erstreckt sich über einen Zeitraum zwischen vier Wochen und fünf Monaten, in der die vorab gemeinsam mit der Familie formulierten Ziele erarbeitet werden (vgl. Cassée 2015: 106). Die Arbeitsphase kann in folgende sechs Interventionen untergliedert werden:

- „Aufgaben erleichtern
- Neue Fähigkeiten erwerben
- Gedanken und Gefühle beeinflussen
- Alltagsprobleme lösen
- Erziehungsfähigkeit verbessern
- Das soziale Netzwerk verbessern“ (Cassée 2015: 106).

Alle der erwähnten Interventionen zielen auf eine Aktivierung der Familienmitglieder sowie auf eine Befähigung zur Alltagsbewältigung ab. Dabei benennt die Fachperson die Ressourcen der Familie sowie den Lernbedarf, der noch besteht. Dazu verwendet die Fachperson verschiedene geeignete Methoden (vgl. Cassée 2015: 106).

In der Abschlussphase werden Gespräche zur Vorbereitung des Abschlusses und zuletzt das Abschlussgespräch geführt (vgl. ebd.:105f.).

4.3 Resilienzförderung in der Kompetenzorientierten Familienarbeit

Um aufzuzeigen, welche Möglichkeiten die KOFA-Methodik zur Resilienzförderung von Kindern mit einer an der BPS erkrankten Mutter bietet, werden die in Kapitel 2.4.3 beschriebenen Resilienzfaktoren sowie die in Kapitel 3.1.4 dargelegten Resilienzfaktoren aufgeführt, die besonders für die betroffenen Kinder relevant sind. Dabei wird erläutert, in welchem Modul und in welcher Phase der KOFA die jeweiligen Resilienzfaktoren gefördert werden können und wie diese Förderung aussehen könnte. Um dies darzustellen, wird auf die Kapitel 3.1.2, 3.1.3, 3.1.4 und 4.2 Bezug genommen. Es werden jedoch in diesem Zusammenhang keine Literaturverweise mehr verwendet. Bei der Darlegung der konkreten Methoden, die sich zur Resilienzförderung der jeweiligen Resilienzfaktoren eignen, werden jeweils ein bis zwei Beispiele herangezogen und auf weitere Methoden mit einem Literaturverweis hingewiesen. Wenn sich eine bereits erläuterte Methode für einen weiteren Resilienzfaktor eignet, wird diese nicht erneut aufgeführt, sondern auf den Resilienzfaktor verwiesen, bei dem die Methode vorgestellt wurde. Dabei wird der Fokus auf Methoden gelegt,

die besonders für jüngere Kinder und für Kinder mit einer an der BPS erkrankten Mutter oder allgemein psychisch erkrankten Eltern geeignet sind.

Vorab kann festgehalten werden, dass bei der Betrachtung der KOFA-Methodik ersichtlich wird, dass sich die Methodik an der Theorie der Schutz- und Risikofaktoren sowie der Resilienzförderung orientiert. Diese basiert jedoch auf der Theorie der Resilienzförderung von Antonovsky und nicht auf den in Kapitel 3.1.2 vorgestellten Resilienzfaktoren und deren Förderung. Auch soll kurz erwähnt werden, dass in der KOFA-Intensivabklärung sowie in der Risikoeinschätzung die Risiko- und Schutzfaktoren der Familie erfasst werden, die Erweiterung der Fähigkeiten der Familienmitglieder ein bedeutendes Merkmal der Interventionsmodule darstellt und die vorgestellten Methoden in den Interventionsmodulen auf die Aktivierung der Familienmitglieder abzielen. Die Aufgabe der Fachperson besteht darin, die Ressourcen sowie den Lernbedarf der Familie zu benennen. Dies sind Aspekte der Resilienz und der Resilienzförderung, jedoch werden diese in der Methodik der KOFA abgesehen in den Grundlagentheorien nie als solche beschrieben.

In der KOFA-Methodik eignen sich zur Förderung sämtlicher Resilienzfaktoren die Module Kofa-6-Monate oder Kofa-6-MonatePLUS in der Arbeitsphase. Da es sich bei den anderen Modulen um die Abklärung und die Diagnose, das heisst um die Informationsbeschaffung handelt, können somit noch keine Interventionen durchgeführt werden, in denen die Resilienz gefördert werden kann.

Resilienzfaktor: Selbstwahrnehmung

Da in der Arbeitsphase mehrmals wöchentlich Besuche von eineinhalb bis zwei Stunden in der Familie stattfinden, kann die Förderung beispielsweise zu Beginn des Besuches in Form von Gesprächen mit der ganzen Familie erfolgen. Dabei kann auf verschiedene Methoden der Intervention ‚Gedanken und Gefühle beeinflussen‘ zurückgegriffen werden. Da es bei der Förderung der Selbstwahrnehmung von besonderer Bedeutung ist, die jeweiligen Gefühle sprachlich zu benennen, eignet sich besonders die Methode ‚Gefühle erkennen und benennen‘. Da sich die Arbeit auf Kleinkinder bezieht, ist die Methode der ‚Gefühlskarten‘, bei der die Fachperson verschiedene Gefühlskarten verwendet, am geeignetsten. Die Familienmitglieder werden aufgefordert, die Gefühle, die sie kennen, auszuwählen und diese auf eine grüne (angenehmes Gefühl), eine rote (unangenehmes Gefühl) oder eine gelbe (dazwischen) Unterlage zu legen. Anschliessend kann als Vertiefungsmöglichkeit mit der Familie darüber gesprochen werden (vgl. Cassée 2015: 159f.).

Resilienzfaktor: Selbstwirksamkeit:

Die konkrete Förderung der Selbstwirksamkeit wird in keiner der sechs Interventionen der Arbeitsphase beschrieben. Bei der Förderung der Selbstwirksamkeit spielt es eine grosse

Rolle, dass die Kinder Erfahrungen machen, sich im Alltag beteiligen und Verantwortung übernehmen können. Zur Förderung dieser Aspekte kann beispielsweise die Methode ‚Aufgabenklärung‘ der Intervention ‚Aufgaben erleichtern‘ dienen. Diese Methode zielt darauf ab, den Familienmitgliedern aufzuzeigen, welche Person welche Aufgaben hat und was diese Aufgaben beinhalten (vgl. Cassée 2015: 146). Des Weiteren kann die Intervention ‚Neue Fähigkeiten erwerben‘ mit der Methode ‚Feedback‘ zur Förderung der Selbstwirksamkeit dienen. Das Feedback kann sich auf die Kinder beziehen, indem die Fachperson den Kindern positives Feedback gibt, aber auch positives Feedback der Fachpersonen den Eltern gegenüber eignet sich gut. (vgl. Cassée 2015: 150f.). Denn bei der Selbstwirksamkeit ist es von hoher Bedeutung, dass die Eltern die Kinder bei Aufgaben unterstützen, sie ermuntern und nicht zu schnell eingreifen. Zudem müssen sie Vertrauen in die Fähigkeiten der Kinder zeigen. Dies sind Fähigkeiten, über welche die Eltern verfügen müssen, um die Selbstwirksamkeit zu fördern. Es muss daher je nachdem zuerst mit den Eltern eine Methode durchgeführt werden. Hierzu eignet sich auch die Intervention ‚Neue Fähigkeiten erwerben‘ mit der Methode des ‚Modell-Stehen‘. Die Fachperson zeigt dabei den Eltern in einem Rollenspiel das erwünschte Verhalten in einer Situation. Zur Übung des Verhaltens dient anschliessend die Methode der ‚Verhaltensübung‘, bei der das erwünschte Verhalten geübt werden kann (vgl. Cassée 2015: 152-154).

Resilienzfaktor: Selbststeuerung

Zur Förderung der Selbststeuerung eignet sich die Intervention ‚Gedanken und Gefühle beeinflussen‘. Eine Methode dieser Intervention, die sich besonders eignet, ist die ‚Thermometer und die Erste-Hilfe-Karte‘. Die Methode unterstützt die Familienmitglieder darin, ihre Gefühle und Reaktionen frühzeitig zu erkennen und diese besser zu verstehen. Zudem werden mit den Personen Verhaltensalternativen erarbeitet. Sie ist für Eltern und Kinder ab 12 Jahren geeignet (vgl. Cassée 2015: 163-166). Für jüngere Kinder eignet sich die Methode ‚Emoticons und Bilder‘ der Intervention ‚Gedanken und Gefühle beeinflussen‘. Bei der Methode werden Smileys verwendet, die auf ein Blatt geklebt werden. Das Kind erhält eine Spielfigur und wird aufgefordert, diese bei Nennung verschiedener Situationen auf ein dem Gefühl entsprechendes Smiley zu stellen. Das Kind wird anschliessend gefragt, wie es dieses Gefühl den anderen zeigen würde. Zudem kann mit dem Kind geübt werden, wie die Gefühle ausgedrückt werden können, sodass andere es verstehen (vgl. Cassée 2015: 162).

Resilienzfaktor: Sozialen Kompetenz

Zur Förderung der sozialen Kompetenz kann auf die Intervention ‚Neue Fähigkeiten fördern‘ zurückgegriffen werden. Zwei geeignete Methoden dieser Intervention stellen das ‚Modell-

Stehen' und die ‚Verhaltensübung‘ dar, die bereits beim Resilienzfaktor der Selbstwirksamkeit vorgestellt wurden (vgl. Cassée 2015: 152-154). Die beiden Methoden richten sich an die Eltern und nicht an die Kinder. Da bei der sozialen Kompetenz die Eltern aber eine entscheidende Rolle für die Kinder spielen, kann durch das veränderte Verhalten der Eltern auch die soziale Kompetenz der Kinder gefördert werden. Eine Methode zur klaren Festlegung von Regeln in der Familie wird in keiner der Interventionen spezifisch vorgestellt. Dies könnte jedoch zu Beginn der Arbeitsphase in einem Gespräch mit der Familie festgelegt und jeweils am Ende der Woche gemeinsam reflektiert werden.

Resilienzfaktor: Adaptiven Bewältigungskompetenz:

Der Umgang mit Stress kann in die Intervention ‚Gedanken und Gefühle beeinflussen‘ integriert werden. Bei dieser Intervention kann die Methode ‚Thermometer und die Erste-Hilfe-Karte‘ verwendet werden, die beim Resilienzfaktor Selbststeuerung bereits vorgestellt wurde. Bei dieser Methode werden die Familienmitglieder dabei unterstützt, ihre Gefühle und die darauffolgenden Reaktionen besser zu erkennen und es werden mit ihnen Verhaltensalternativen ausgearbeitet, die sie anschliessend nutzen können (vgl. Cassée 2015: 163- 166). Diese Methode ist für jüngere Kinder eher weniger geeignet. Für Kleinkinder dient zur Förderung des Umgangs mit Stress auch die Methode ‚Emoticons und Bilder‘ der Intervention ‚Gedanken und Gefühle beeinflussen‘. Auch diese Methode wurde bereits beim Resilienzfaktor der Selbststeuerung vorgestellt. Die Methode ‚Emoticons und Bilder‘ wird in der KOFA-Methodik nicht für stressauslösende Situationen beschrieben. Dennoch kann dies für solche Situationen genutzt werden, indem nach einer für das Kind stressauslösenden Situation mit den Smileys der momentane Gefühlszustand aufgezeigt wird. Den Eltern müssten zudem zusätzlich Strategien, wie beispielsweise Entspannungsübungen oder Bewegungsübungen, für eine stressauslösende Situation aufgezeigt werden, die sie mit den Kindern durchführen können.

Resilienzfaktor: Problemlösefähigkeit

Die Förderung der Problemlösefähigkeit kann in die Intervention ‚Alltagsprobleme lösen‘ integriert werden. Bei dieser Intervention werden zwei Methoden vorgestellt, die sich auf das Lösen von Alltagsproblemen beziehen (vgl. Cassée 2015: 169). Diese eignen sich aber weniger, um die Problemlösungsstrategien der Kinder zu fördern, sondern eher für Erwachsene. Dennoch kann die Intervention genutzt werden, um die Kinder in Alltags-, Planungs- und Entscheidungsprozesse einzubeziehen. Um bei den Kindern die nötigen Fähigkeiten für das Problemlösen zu fördern, müsste an den Erziehungskompetenzen der Eltern angeknüpft werden, sodass diese wissen, wie sie auf die Kinder zugehen können. Die Hauptintervention ‚Erziehungsfähigkeit verbessern‘ enthält eine Methode, die zur Förderung der

Problemlösefähigkeit der Kinder dienen könnte: die Methode der ‚Kommunikationsfähigkeit. Dabei wird an die Psychoedukation der Eltern angeknüpft, indem den Eltern Informationen über die kindliche Entwicklung vermittelt werden. Den Eltern wird zudem aufgezeigt, wie sie mit den Kindern Kontakt aufnehmen, diesen Kontakt aufrechterhalten, sich austauschen und wie sie zum Schluss diesen Kontakt abschliessen können (vgl. Cassée 2015: 176-178.).

Beziehungsqualität

Bei der KOFA-Methodik wird keine bestimmte Methode zur Förderung der Beziehungsfähigkeit zwischen Eltern und Kindern beschrieben. Zur Stärkung der Beziehungsqualität, kann jedoch auf verschiedene Methoden der Intervention ‚Gedanken und Gefühle beeinflussen‘ zurückgegriffen werden. Denn durch die Auseinandersetzung mit den Gefühlen kann die Beziehung gestärkt werden. Zudem kann es positiv sein, den Eltern in Form von Psychoedukation aufzuzeigen, aus welchen Gründen eine gute Beziehung zum Kind von Bedeutung ist (vgl. Cassée 2015: 157-166 und 176).

„protektive Effekte durch ausserfamiliäre Personen und Peers“ (Lenz/Wiegand-Grefe 2017: 37)

Zur Stärkung des sozialen Netzwerkes kann die Intervention ‚Das soziale Netzwerk aktivieren‘ herangezogen werden. Zu Beginn müssen dabei Fähigkeiten der Eltern zur Aktivierung des Netzwerkes erarbeitet werden (vgl. Cassée 2015: 191). Dies kann beispielsweise der Abbau von negativen Gedanken sich selbst sowie dem sozialen Netzwerk gegenüber sein. Stattdessen sollten dabei positive Gedanken entwickeln werden. Des Weiteren kann in diesem Zusammenhang die Kommunikationsfähigkeit sowie die gegenseitige Unterstützung gefördert werden (vgl. ebd.:193). Zudem beinhaltet diese Intervention eine Methode des Netzgespräches, das durchgeführt werden kann, wenn Konflikte zu aussenstehenden Personen bestehen (vgl. ebd.:193-196).

Krankheitsbewältigung des psychisch erkrankten Elternteils

Für einen adäquaten Umgang mit der psychischen Erkrankung des Elternteils kann in der KOFA-Methodik bei der Intervention ‚Aufgaben erleichtern‘ angesetzt werden. Dabei dient die Methode der ‚Aufgabenklärung‘ sowie auch die ‚Aufgabendifferenzierung‘. Die Aufgabenklärung wurde bereits bei der Selbstwirksamkeit beschrieben. Bei der Aufgabendifferenzierung differenziert die Fachperson die Aufgaben mit den Familienmitgliedern in Teilaufgaben aus. Anschliessend zeigt sie die Schritte auf, die zur Bewältigung dieser Aufgaben führen (vgl. Cassée 2015: 146). Zudem ist bei der Krankheitsbewältigung auch die Unterstützung im sozialen Netzwerk von Bedeutung. Dazu dient auch die Intervention

‚Das soziale Netzwerk aktivieren‘. Wie bereits erwähnt, müssen dafür zunächst die ‚Fähigkeiten zur Aktivierung des Netzwerkes‘ erarbeitet werden, um anschliessend auf das Soziale Netzwerk zugreifen zu können (vgl. ebd.: 193).

Psychoedukation

Für die Psychoedukation der Kinder wird in der KOFA keine Intervention und Methode vorgestellt. Die Psychoedukation der Kinder kann aber mit der Intervention ‚Erziehungsfähigkeit verbessern‘ gefördert werden. Es könnte bei den Basisfähigkeiten an die Kommunikationsfähigkeit angeknüpft werden. Dabei geht es um die Methode ‚Anknüpfen der Psychoedukation‘ für die Eltern. Die Eltern erhalten Informationen über die kindliche Entwicklung (vgl. Cassée 2015: 176). Dies stellt auch einen bedeutenden Faktor dar, denn die Eltern müssen zunächst wissen, weshalb es von Bedeutung ist, dass die Kinder über die Krankheit Bescheid wissen und wie sie die Kinder altersadäquat aufklären können. Wenn sie Informationen darüber erhalten haben, wird in der Intervention ‚Erziehungsfähigkeit verbessern‘ auch beschrieben, wie sie den Kindern begegnen können. Diese Methode wurde bereits beim Resilienzfaktor der Problemlösefähigkeit beschrieben (vgl. Cassé 2015: 177).

Elterliche Erziehungskompetenz

Zur Förderung der Fähigkeit der elterlichen Erziehungskompetenz dient die Intervention ‚Erziehungsfähigkeit verbessern‘. Diese Intervention zielt auf die Förderung eines autoritativ-partizipativen Erziehungsstils der Eltern ab. Dazu eignen sich verschiedene Methoden, wie beispielsweise die Methode ‚Wirksame Erziehungsfähigkeit‘, unter der auch die Methoden ‚Loben‘ oder ‚Belohnen‘ zu finden sind (vgl. Cassée 173-186). Beim Loben geht es darum, dem Kind Aufmerksamkeit zu schenken und zu sagen, was es gut gemacht hat sowie dem Kind Komplimente zu machen. Beim Belohnen werden die Schritte des Lobens durch eine Belohnung ergänzt (vgl. ebd.:182f.)

5 Schlussfolgerung

In diesem Kapitel findet zum Abschluss eine Reflexion der einzelnen Kapitel sowie der gesamten vorliegenden Bachelorthesis statt. Zudem werden die Unterfragen sowie die Hauptfragestellung beantwortet und der Bezug zur Sozialen Arbeit hergestellt. Zum Abschluss folgt ein Ausblick für weiterführende Forschungen. Bei der Ausführung der Schlussfolgerung wird auf Literaturverweise verzichtet, da sich alle Aussagen auf die bereits in der Arbeit zitierte Literatur beziehen. Es wird jedoch jeweils auf die Kapitel verwiesen, auf die sich die Aussagen beziehen. Bei neu hinzugezogener Literatur wird diese angegeben.

5.1 Reflexion

Bei der BPS handelt es sich um eine komplexe Erkrankung; demzufolge gestaltet es sich schwierig, der Vielfältigkeit der BPS Erkrankung gerecht zu werden, ohne die vorhandene Stigmatisierung zu legitimieren. Im Zuge des Literatur-Reviews wurde ersichtlich, dass bislang nur eine geringe Anzahl an Studien und Literatur über Mütter, die an einer BPS erkrankt sind und deren Umgangsformen mit ihren Kindern sowie über die Situation der betroffenen Kinder vorhanden ist. Die herangezogene Literatur in den Kapiteln 2.2 und 2.3, eignete sich jedoch gut, um zu veranschaulichen, wie sich die Beziehung zwischen den betroffenen Müttern und ihren Kindern gestaltet. Da es sich dabei allerdings nur um drei Veröffentlichungen handelte und diese sich teilweise aufgrund mangelnder Ergebnisse auf Literatur zu psychisch erkrankten Eltern beschränkten, fehlte eine umfassende Ansicht. Im englischsprachigen Raum finden sich bereits mehr Studien zu Kindern mit einer an der BPS erkrankten Mutter. Es ist daher für weiterführende Forschungen zu empfehlen, diese zu berücksichtigen, um weitere Erkenntnisse miteinbeziehen zu können. Bei der Bearbeitung der Resilienz und der Resilienzförderung zeigte sich, dass es sich dabei um ein breites Theoriefeld handelt. Es bestehen bereits zahlreiche Studien zu diesem Themenbereich und verschiedene Definitionen. Es erwies sich daher als Herausforderung, sich möglichst auf die bedeutsamsten Aspekte der Resilienz zu beschränken und einen Anhaltspunkt für die Förderung der Resilienz zu erarbeiten. Auch hier erwies es sich als schwierig, Literatur zu Kindern mit einer an der BPS erkrankten Mutter zu finden. Es musste daher auf Literatur zu Kindern mit psychisch erkrankten Eltern zurückgegriffen werden. Demzufolge kann auch in diesem Zusammenhang empfohlen werden, dass bei weiterführenden Untersuchungen die Literaturrecherche auf den englischsprachigen Raum ausgeweitet wird. Durch die Bearbeitung der KOFA-Methodik wurde versucht, die Resilienzförderung in der SPF zu veranschaulichen. Dabei konnte jedoch nur eine Methode genauer betrachtet werden. Da die SPF aber nach verschiedenen Konzepten und Methoden arbeitet, wäre es sinnvoll gewesen, noch weitere Konzepte und Methoden näher zu untersuchen. Im Zuge dessen hätten

verschiedene Konzepte unter dem Aspekt der Resilienzförderung miteinander verglichen werden können. Da die SPF zudem ein Arbeitsfeld der Sozialen Arbeit darstellt, das methodisch gesehen einen gewissen Freiraum offen lässt, hätte auch überprüft werden können, ob eine empirische Arbeit sinnvoll wäre. Dabei hätten ein oder zwei Interviews mit Fachpersonen der SPF durchgeführt werden können, um auch die Perspektive der Praxis der Sozialen Arbeit miteinzubeziehen.

5.2 Beantwortung der Fragestellungen

Im Folgenden sollen die Fragestellungen aus der Einleitung anhand der Ergebnisse beantwortet werden.

Weshalb sind Kinder mit einer an der Borderline-Persönlichkeitsstörung erkrankten Mutter gefährdet?

Um diese Unterfrage zu beantworten, sei auf die Kapitel 2.2 und 2.3 verwiesen. In Kapitel 2.2 wird ersichtlich, dass sich der Umgang der betroffenen Mütter mit ihren Kindern vorwiegend in einer Parentifizierung, in einem ambivalenten Bindungsmuster, in impulsivem und aggressivem Verhalten, in einem Missachten der Bedürfnisse der Kinder und für das Kind missverständlichen Kommunikationsverhalten äussert. Bei den betroffenen Kindern kann dies grosse Angst, Schuldgefühle, Trauer, Unsicherheit und Desorientierung auslösen. Anschliessend wird in Kapitel 2.3 aufgezeigt, dass die Folgen dieser Verhaltensmuster zu Vernachlässigung, körperlicher, psychischer und/oder sexueller Misshandlung der Kinder führen können, welche die vier definierten Formen der Kindeswohlgefährdung im Kinderschutz darstellen. Die Auswirkungen auf die Entwicklung der betroffenen Kinder stellen vorwiegend die Gefährdung der Autonomieentwicklung, der Entwicklung des Selbstvertrauens und des Sozialverhaltens, selbst an einer psychischen Störung zu erkranken, der Bedürfnisbefriedigung und des Bindungsverhaltens dar. Bezüglich alters- und geschlechtsspezifischen Faktoren der Kinder mit einer an der BPS erkrankten Mutter konnte keine Literatur gefunden werden. Bei den vier aufgezeigten Formen der Kindeswohlgefährdung, wird im Allgemeinen bei zwei davon beschrieben, dass die Auswirkungen auf die Entwicklung der Kinder umso grösser ist, desto jünger die Kinder sind. Des Weiteren wurde aufgezeigt, dass gleichgeschlechtliche Kinder einer grösseren Gefährdung ausgesetzt sind und eine psychische Erkrankung der Mutter grössere Auswirkungen auf die Entwicklung der Kinder hat. Neben den beschriebenen Umgangsformen haben Mütter, die an der BPS erkrankt sind, oft auch finanzielle Schwierigkeiten oder weisen Begleiterkrankungen wie beispielsweise Depressionen oder eine Suchterkrankung auf, wodurch sich das Risiko für die Entwicklung ihrer Kinder erhöhen kann.

Es kann daher festgehalten werden, dass bei Kindern mit einer an der BPS erkrankten Mutter grundsätzlich grosse Auswirkungen auf die Entwicklung der Kinder zu befürchten sind und diese somit gefährdet sind.

Wie sich der Umgang der betroffenen Mütter auf die Entwicklung der Kinder auswirkt und inwiefern diese gefährdet sind, ist aber auch immer von den vorhandenen Ressourcen der betroffenen Mütter, den betroffenen Kindern sowie ihrem sozialen Umfeld abhängig. Es ist daher von Bedeutung, dass diese zwei Aspekte bei der Frage nach der Gefährdung der Kinder immer miteinbezogen und gründlich überprüft werden. Demzufolge müssen zahlreiche Faktoren bei der Frage berücksichtigt werden, ob die Kinder einer an der BPS erkrankten Mutter gefährdet sind und somit spielt es eine grosse Rolle, dass jeder Fall individuell erfasst und bearbeitet wird.

Wie kann die Resilienz bei Kindern mit einer an der Borderline-Persönlichkeitsstörung erkrankten Mutter gefördert werden und somit zur Unterstützung der Entwicklung von den betroffenen Kindern beitragen?

Auch zur Resilienz und deren Förderung bei Kindern mit einer an der BPS erkrankten Mutter konnte keine Literatur gefunden werden. In Kapitel 3.2 wurde daher auf die geringe Anzahl an Untersuchungen zurückgegriffen, die zur Resilienz bei Kindern von psychisch erkrankten Eltern vorlag. Dabei zeigte sich, dass besonders ein hohes Selbstwertgefühl, eine hohe Selbstwirksamkeit und die Kompetenz des Problemlösens der betroffenen Kinder von Bedeutung sind. Für eine Förderung dieser personellen Resilienzfaktoren sollten die Kinder lernen, Verantwortung zu übernehmen, Ermunterung erhalten, Hilfestellung angeboten bekommen und lernen, ihre Gefühle auszudrücken.

Weitere entscheidende Schutzfaktoren für die betroffenen Kinder stellen die Beziehungsqualität, positive Beziehungen ausserhalb der Familie, die Krankheitsbewältigung, die Psychoedukation der Kinder sowie die Erziehungskompetenz der Eltern dar. Zur Förderung dieser Faktoren wird in Kapitel 3.2 ersichtlich, dass keine spezifischen Methoden zur Förderung bestehen. Es wird jedoch in der Literatur beschrieben, wie diese Schutzfaktoren gestaltet werden könnten und aussehen sollten. Ausschlaggebend dafür ist, dass die Kinder mindestens über eine verlässliche Beziehung zu einer Bezugsperson verfügen. Auch ist es von Vorteil, wenn ausserfamiliäre Personen die Kinder in besonders belasteten Situationen unterstützen können, indem sie beispielsweise auf die Kinder aufpassen, wenn sich die Mutter aufgrund der Erkrankung im Krankenhaus aufhält. Besonders von Bedeutung ist zudem, dass die Eltern, die Kinder, aber auch die Angehörigen adäquat mit der Krankheit umzugehen lernen. Dabei kommt unter anderem der Psychoedukation der Kinder ein hoher Stellenwert zu und dass diese altersangemessen erfolgt. Zudem muss auch die elterliche

Erziehungskompetenz gefördert werden, indem die Eltern beispielsweise an sogenannten Elterntrainings teilnehmen.

In Kapitel 3.1 konnte herausgearbeitet werden, dass es den Kindern, die über Resilienz- und Schutzfaktoren verfügen, besser gelingt, eine schwierige Situation zu bewältigen, da sie ihre eigenen Fähigkeiten kennen und Problemlösefähigkeiten besitzen. Zudem können sie dadurch ihre Gefühle benennen und regulieren, wodurch sie mit den inneren Anforderungen besser umzugehen lernen. So erfahren sie auch Anerkennung und Geborgenheit. Alle diese Faktoren stellen Aspekte der Resilienz dar, die dazu beitragen, dass sich Kinder gesund entwickeln können.

Welche Möglichkeiten bietet die Kompetenzorientierte Familienarbeit zur Resilienzförderung von Kindern mit einer an der Borderline-Persönlichkeitsstörung erkrankten Mutter?

Bei der Beantwortung dieser Unterfrage wird auf die Kapitel 4.2 und 4.3 Bezug genommen. In den Kapiteln stellte sich heraus, dass in den vorgestellten Interventionen die Schutzfaktoren gefördert werden können, indem beispielsweise der in Kapitel 3.1.1 erläuterte Schutzfaktor ‚Unterstützendes familiäres Netzwerk‘ eine Intervention der KOFA-Methodik darstellt und auch eine Methode dazu vorgestellt wird. Dies wird jedoch in der Intervention nicht mehr spezifisch als Förderung dieses Schutzfaktors erläutert. Auch die Förderung der in Kapitel 3.1.2 erläuterten Resilienzfaktoren kann in die verschiedenen Methoden der Interventionsmodule integriert werden, es ist jedoch zeitaufwendig diese herauszuarbeiten, da auch diese nicht explizit benannt sind und die Methoden nicht auf die Förderung der Resilienzfaktoren abgestimmt sind. Zudem sind die verschiedenen Methoden vorwiegend für die Arbeit mit den Eltern konzipiert und daher vor allem für kleine Kinder weniger geeignet. Bei einem Teil der Methoden wird dies auch explizit angemerkt – mit der Begründung, dass kleine Kinder noch nicht über die kognitive Entwicklung verfügen, die für diese Methoden notwendig ist (vgl. Cassée 2015: 161). Ein weiterer Grund, weshalb die KOFA-Methodik überwiegend auf eine Arbeit mit den Eltern ausgerichtet ist, könnte auch darin bestehen, dass es vor allem bei Kleinkindern bedeutsam ist, dass die Fähigkeiten der Eltern gefördert und gestärkt werden, da diese noch stark auf die Unterstützung der Eltern angewiesen sind und fast alles von den Eltern lernen. Eine weitere Schwierigkeit besteht darin, dass die Förderung der Resilienzfaktoren wie beispielsweise die der Selbstwahrnehmung, der Selbstwirksamkeit oder der Problemlösefähigkeit, Fähigkeiten darstellen, die über einen längeren Zeitraum erlernt und gefestigt werden müssen. Es ist daher nur bedingt vorherzusagen, ob eine spezifische Methode zur Erlangung dieser Fähigkeit führt. Zudem sind für die Förderung der einzelnen Resilienzfaktoren verschiedene Aspekte relevant. Beispielsweise bei der Selbstwirksamkeit ist es von Bedeutung, dass die Kinder Erfahrungen machen, sich im Alltag beteiligen und Verantwortung übernehmen können. Dies kann durch

Methoden der KOFA gefördert werden. Hinzu kommt jedoch, dass es auch entscheidend ist, dass die Eltern die Kinder unterstützen, ermutigen, aber nicht voreilig eingreifen und in die Fähigkeit der Kinder vertrauen. Demzufolge müssen die Eltern zunächst über eine andere Methode diese Kompetenzen erlangen, um die Selbstwirksamkeit der Kinder stärken zu können. Somit werden immer mehrere Methoden der KOFA-Methodik benötigt, um einen Resilienzfaktor fördern zu können. Ein weiterer kritischer Punkt ergibt sich bezüglich der in Kapitel 4.3 erwähnten Methode des Rollenspiels mit den Eltern. In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage, ob ein Verhalten tatsächlich langfristig durch ein Rollenspiel geändert werden kann.

Die KOFA-Methodik richtet sich nicht spezifisch an Kinder mit einer an der BPS erkrankten Mutter. In der KOFA-Intensivabklärung kann zwar eine Risikoeinschätzung durchgeführt werden, die sich auf Kinder mit psychisch erkrankten Eltern bezieht. Dabei wird das Instrument RE-KipE verwendet, bei dem es sich aber lediglich um ein Instrument zur strukturierten Erfassung und Bewertung der Situation der betroffenen Kinder und nicht um spezifische Interventionen handelt. Dennoch stellt RE-KipE der KOFA-Methodik ein geeignetes Instrument dar, das zur Risikoeinschätzung von Kindern mit einer an der BSP erkrankten Mutter genutzt werden kann, wobei auch die Ressourcen und die Risikofaktoren miteinbezogen werden und somit ein erster Schritt zur Resilienzförderung erzielt werden kann. Wie diese Ressourcen in einer Intervention gefördert werden können, wird danach aber nicht mehr beschrieben.

Abschliessend kann festgehalten werden, dass Möglichkeiten der Resilienzförderung in der KOFA-Methodik angelegt sind, diese aber nicht auf die Resilienzförderung ausgerichtet sind. Die vorgestellten Methoden stellen Möglichkeiten dar, die zur Orientierung der Fachpersonen dienen. Da die Methodik der KOFA jedoch einem Konzept entspricht, das einen gewissen Freiraum lässt, können spezifische Methoden der Resilienzförderung in die KOFA-Methodik eingebaut werden. Dazu müssten spezifische Methoden ausgearbeitet werden und in die verschiedenen Interventionen integriert werden.

Wie kann in der Sozialpädagogischen Familienbegleitung die Resilienz bei Kindern mit einer an der Borderline-Persönlichkeitsstörung erkrankten Mutter gestärkt werden?

Allgemein kann bestätigt werden, dass sich die SPF zur Förderung der Resilienz bei Kindern gut eignet, da diese eine Methode darstellt, die im alltäglichen Umfeld der Familie stattfindet und es sich um eine direkte und intensive Begleitung meist über einen längeren Zeitraum handelt. Das Ziel der SPF ist die Gewährleistung und Förderung des Kindeswohls, mit der Absicht, für das Kind den Lebensraum der Familie aufrechtzuerhalten und eine

Fremdplatzierung zu vermeiden. Ein bedeutsames Arbeitsprinzip der SPF ist die Ressourcen- und Risikoorientierung, die auch einen festen Bestandteil der Resilienz ausmacht. Wie diese Resilienzförderung in der SPF umgesetzt werden kann, ist jedoch nur bedingt zu beantworten. Denn es konnten keine spezifischen Methoden der SPF identifiziert werden, die explizit auf die Förderung der Resilienzfaktoren abzielen. Durch die Auseinandersetzung mit der KOFA-Methodik konnte jedoch aufgezeigt werden, wo die Förderung der Resilienz in den vorgestellten Methoden stattfindet und wie diese aussehen könnten. Dabei ist jedoch zu beachten, dass es mit Schwierigkeiten verbunden war, der Frage nach der Resilienzförderung bei Kindern mit einer an der BPS erkrankten Mutter nachzugehen. Denn weder in der SPF noch in der KOFA-Methodik wurden spezifische Interventionen oder Methoden vorgestellt, die sich auf die Arbeit mit Kindern mit einer an der BPS erkrankten Mutter beziehen, geschweige denn auf die Resilienzförderung der betroffenen Kinder. Demzufolge kann nicht aufgezeigt werden, wie die Resilienzförderung in der SPF gestärkt werden kann. Durch die Bearbeitung dieser Bachelorthesis können lediglich die nachfolgenden Empfehlungen ausgesprochen werden, um die Resilienz von Kindern mit einer an der BPS erkrankten Mutter in der SPF fördern zu können.

- Es wäre Bedeutend spezifische Methoden in der SPF zu erarbeiten, die auf die Förderung der jeweiligen Resilienzfaktoren abzielen. Dadurch könnte die Resilienz der betroffenen Kinder auch unter den Rahmenbedingungen der SPF und der nur knappen zeitlichen Ressourcen konkret durchgeführt werden.
- Die Methoden müssten so konzipiert sein, dass sie sich auch für kleine Kinder eignen und deren Entwicklungsstand entsprechen. Daher wäre es empfehlenswert, in die Gestaltung der Methoden auch die Aspekte der Entwicklungspsychologie miteinzubeziehen.
- Die Eltern sollten, wenn möglich in die Resilienzförderung miteinbezogen werden. Denn in Kapitel 3.1.3 stellt sich bei fünf von sechs Resilienzfaktoren heraus, dass die Kinder auf die Unterstützung der Eltern angewiesen sind. Besonders bei Kleinkindern ist der Einbezug der Eltern somit unabdingbar.
- Es sollten zudem andere Bezugspersonen und das Soziale Netzwerk miteinbezogen werden. Vorwiegend, wenn die Kooperationsbereitschaft seitens der Mutter nicht gegeben ist. Dabei könnte im besten Falle mit dem Vater gearbeitet werden, da so die Resilienzförderung trotz Schwierigkeiten im Kontakt mit der Mutter in der Familie stattfinden könnte. Darüber hinaus ist zu empfehlen, beim Sozialen Netzwerk der Familie anzuknüpfen. Dabei kann es sich um den Vater, Verwandte oder auch die Kindertagesstätte oder den Kindergarten handeln. Hierzu liegen bereits Studien und Präventionsprogramme vor (vgl. u.a. Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2015: 64-74).

Weiter kann die Verfasserin Empfehlungen aussprechen, welche sich nicht spezifisch auf die Umsetzung der Resilienzförderung beziehen, jedoch Voraussetzungen darstellen, welche die Resilienzförderung in der SPF von Kindern mit einer an der BPS erkrankten Mutter, erst ermöglichen.

- Die Arbeitsbeziehung und Kooperationsbereitschaft der Mutter sollte aufgebaut werden. Denn die geringe Kooperationsbereitschaft der betroffenen Mutter stellt einen kritischen Faktor dar, da die SPF überwiegend nicht auf freiwilliger Basis erfolgt, sondern angeordnet wird. Um eine gelingende SPF durchführen zu können und vor allem auch um die Resilienz zu fördern, wird jedoch eine grosse Kooperationsbereitschaft vorausgesetzt. Demzufolge ist es zu Beginn der SPF entscheidend, dass sich die Professionellen der Sozialen Arbeit ausreichend Zeit nehmen, um die Arbeitsbeziehung mit den betroffenen Müttern und somit die Kooperationsbereitschaft aufzubauen.
- Es ist von grundlegender Bedeutung, dass die Professionellen der Sozialen Arbeit über Wissen bezüglich der BPS und weiteren Begleiterkrankungen verfügen. Um dementsprechend den Müttern, die an einer BPS erkrankt sind, professionell zu begegnen.
- Weiter ist es Bedeutung, dass die Professionellen der Sozialen Arbeit in Triage zu anderen involvierten Fachpersonen treten und somit eine Interdisziplinäre Kooperation stattfindet. Denn die interdisziplinäre Kooperation sei laut Untersuchungen in der SPF noch unüblich. Da die Berichte der Ärzte oft schwer verständlich sind, sollte der Austausch in direkten Gesprächen stattfinden. Dabei könnte es auch sinnvoll sein, dass die betroffene Mutter und auch gegebenenfalls andere Bezugspersonen anwesend sind.

Professionelle der Sozialen Arbeit arbeiten immer mehr mit Personen mit einer psychischen Erkrankung, unter anderem auch mit Müttern, die an der BPS erkrankt sind, und deren Kindern zusammen. Dies zeigt die Notwendigkeit der Professionellen, sich ein Expertenwissen über psychische Erkrankungen und somit auch über die BPS anzueignen. Zudem besteht das Ziel der Sozialen Arbeit darin, den Kindern vermehrt ein Aufwachsen in der Familie zu ermöglichen und den Lebensraum der Familie zu erhalten. Eine Fremdplatzierung stellt die äusserste Kinderschutzmassnahme laut ZGB Art. 310 dar. Dabei handelt es sich um die Aufhebung des Aufenthaltsbestimmungsrechts, das wie folgt definiert wird: „Kann der Gefährdung des Kindes nicht anders begegnet werden, so hat die Kinderschutzbehörde es den Eltern oder, wenn es sich bei Dritten befindet, diesen wegzunehmen und in angemessener Weise unterzubringen“. (Art. 310 Abs. 1 ZGB) Diese Massnahme wird nur noch in Ausnahmefällen ausgesprochen. Die SPF stellt eine Methode dar, die als Kinderschutzmassnahme angeordnet werden kann, um eine Fremdplatzierung zu verhindern. Diese ent-

spricht einem verbreiteten Arbeitsbereich der Sozialen Arbeit, der zunehmend an Bedeutung gewinnt. Die SPF orientiert sich an dem Leitbild des Berufskodexes und die Ressourcenorientierung stellt ein bedeutsames Handlungsprinzip der SPF dar. Die Resilienz und deren Förderung setzt an diesem Handlungsprinzip an und hat das Ziel, die Ressourcen der Kinder, der Eltern, des Familiensystems und des sozialen Netzwerkes zu aktivieren und zu nutzen. Demzufolge ist es in der Sozialen Arbeit unabdingbar, an das Konzept der Resilienz anzuknüpfen und dadurch eine erfolgreiche Entwicklung der Kinder zu gewährleisten und den Lebensraum der Familie aufrechtzuerhalten.

5.3 Ausblick

In den vorhergegangenen Kapiteln der Schlussfolgerung wurden bereits einige Gedanken zu weiterführenden forschungsrelevanten Aspekten aufgezeigt, daher wird an dieser Stelle darauf verzichtet diese nochmals zu vertiefen.

Grundlegend kann gesagt werden, dass es noch wenig Untersuchungen zu Kindern, mit einer an der BPS erkrankten Mutter gibt. Daher erweist es sich als unabdingbar, dass sich die Forschung diesbezüglich weiterentwickelt. Dadurch könnten die präventiven Angebote für die betroffenen Kinder konkretisiert und ausgedehnt werden. Ausserdem wird erkennbar, dass sich die Forschung der Resilienz und deren Förderung, mit Kindern von Eltern mit einer psychischen Erkrankung beschäftigt. Jedoch werden diese Erkenntnisse meist verallgemeinert und es wird wenig auf die spezifischen psychischen Erkrankungen der Eltern eingegangen. Daher wäre es bedeutend, dass sich die Forschung diesbezüglich weiterentwickelt und sich somit auf die konkreten Erkrankungen der Eltern im Zusammenhang der Resilienz fokussieren. Die SPF arbeitet bereits vermehrt mit dem Konzept der Resilienz und deren Förderung. Es wird allerdings sichtbar, dass die Methoden noch unspezifisch sind. Daher, erweist es sich für die weiterführende Forschung als relevant, die Methoden und Interventionen in der SPF zu konkretisieren, um dementsprechend auch Kinder mit einer an der BPS erkrankten Mutter, adäquate Unterstützung bieten zu können. Zudem stellt sich die Frage, was für Methoden es bereits in der Praxis der SPF gibt, um die in Kapitel 5.2 erläuterten Empfehlungen der Voraussetzungen, zu gewährleisten. Gegebenenfalls wären diese in weiterführenden Forschungen zu erarbeiten.

6 Quellenangaben

6.1 Literaturverzeichnis

- Aichinger Alfons, (2011). Resilienzförderung mit Kindern. Kinderpsychodrama Band 2. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften, Springer.
- American Psychiatric Association (2015). Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5. Göttingen: Hogrefe.
- AvenirSocial (2017). Leitbild. Sozialpädagogische Familienbegleitung. Bern.
- AvenirSocial Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz (2010) Ein Argumentarium für die Praxis der Professionellen. Bern.
- Barwinski Rosmarie (2016). Resilienz in der Psychotherapie. Entwicklungsblockaden bei Trauma, Neurosen und frühen Störungen auflösen. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Benecke Cord (2014). Klinische Psychologie und Psychotherapie. Ein integratives Lehrbuch. 1. Auflage. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH.
- Brand Tilman, Jungmann Tanja (Hrsg.) (2013). Kinder schützen Familien stärken. Erfahrungen und Empfehlungen für die Ausgestaltung Früher Hilfe aus der „Pro-Kind“ – Praxis und –Forschung. Weinheim, Basel: Beltz Juventa.
- Buck-Horstkotte Sigrig, Renneberger Babette, Rosenbach Charlotte (2015). Mütter mit Borderline-Persönlichkeitsstörung. Das Trainingsmanual „Borderline und Mutter sein“. Weinheim, Basel: Beltz Verlag.
- Cassé Kitty, Los-Schneider Barbara, Baumeister Barbara, Gavez Silvia (2008). Forschungsbericht Modul II. Kinder psychisch kranker Eltern: Interprofessionelle Kooperation und Unterstützungsbedarf. Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften. Departement Soziale Arbeit: Zürich.
- Dulz Birger, C. Herpetz Sabine, F. Kernberg Otto, Sachsse Ulrich (Hrsg.) (2011). Handbuch der Borderline-Störung. 2. Auflage. Stuttgart: Schattauer.
- Ewald Rahn (2013). Borderline verstehen und bewältigen. 4. Auflage. Köln: BALANCE.
- Fachverband Schweiz (2016). Sozialpädagogische Familienbegleitung. Auswertung SPF Statistik 2016. o.O.: o.V.
- Gesundheits-Sozial und Umweltdirektion Kanton Uri (2012). Sozialhilfehandbuch. Sozialpädagogische Familienbegleitung (SPF). o.O.: o.V.

- Gunderson John G. (2005). *Borderline. Diagnostik, Therapie, Forschung*. 1. Auflage. Bern: Verlag Hans Huber, Hogrefe AG.
- Gutmann Renate, (2017). *Professionelle Hilfe aus der Sicht von Müttern mit einer psychischen Erkrankung*. Weinheim Basel: Beltz Juventa.
- Kinderschutz-Zentrum Berlin e.V. (Hg.) (2009). *KINDESWOHLGEFÄHRDUNG. Erkennen und Helfen*. 11.überarbeitete Auflage. Berlin: o.V.
- Lawson Christine Ann, (2010) *Borderline-Mütter und ihre Kinder: Wege zur Bewältigung einer schwierigen Beziehung*. 3. Auflage. Giessen: Psychosozial-Verlag.
- Lenz Albert (2005). *Kinder psychisch kranker Eltern*. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle, Oxford, Prag: Hogrefe Verlag GmbH und Co. KG.
- Lenz Albert (2008). *Interventionen bei Kindern psychisch kranker Eltern. Grundlagen, Diagnostik und therapeutische Massnahmen*. Göttingen, Bern, Wien, Paris, Oxford, Prag, Toronto, Cambridge, MA, Amsterdam, Kopenhagen: Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG.
- Lenz Albert, Wiegand-Grefe (2017). *Kinder psychisch kranker Eltern*. Göttingen: Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG.
- Lips Ulrich (2011). *Kindsmisshandlung – Kinderschutz. Ein Leitfaden zur Früherfassung und Vorgehen in der ärztlichen Praxis*. Bern: Stiftung Kinderschutz Schweiz.
- Lötscher Cornelia (2009). *Systemorientierte Sozialpädagogik in der Familienbegleitung – Inspiration zur Veränderung*. In: Simmen René, Buss Gabriele, Hassler Astrid, Maibach Daniel (Hrsg.). *Systemorientierte Sozialpädagogik in der Praxis*. 1. Auflage. Bern, Stuttgart, Wien: Haupt Verlag. S. 143 – 170.
- Masten S. Ann (2014/2016). *Resilienz: Modelle, Fakten und Neurobiologie. Das ganz normale Wunder entschlüsseln*. Paderborn: Junfermann Verlag.
- Niklewski Günter, Riecke-Niklewski Rose (2003) *Leben mit einer Borderline-Störung: ein Ratgeber für Betroffene und ihre Partner; die Borderline-Störung erkennen und verstehen; welche Therapieangebote Ihnen weiterhelfen; grosser Spezialteil für Angehörige: Partnerschaft und Alltag leben*. Stuttgart: TRIAS.
- Opp Günther, Fingerle Michael (Hrsg.) (2007). *Was Kinder stärkt. Erziehung zwischen Risiko und Resilienz*. 2. Auflage. München: Ernst Reinhardt GmbH & Co KG Verlag.
- Plass Angela, Wiegand-Grefe Silke. (2012) *Kinder psychisch kranker Eltern: Entwicklungsrisiken erkennen und behandeln*. Weinheim: Beltz.

- Pretis Manfred, Dimova Aleksandra (2016). Frühförderung mit Kindern psychisch kranker Eltern. 3. Auflage. München, Basel: Ernst Reinhardt GmbH & Co KG Verlag.
- Rehder Michael (2016). Psychisch belastete Eltern in der Sozialpädagogischen Familienhilfe. Ergebnisse ethnografischer Forschung. Weinheim, Basel: Beltz Juventa.
- Rosch Daniel, Andrea Hauri (2016). Zivilrechtlicher Kinderschutz In: Rosch Daniel, Fountoulakis Christina, Heck Christopf (Hrsg.). Handbuch Kindes- und Erwachsenenschutz. Recht und Methodik für Fachleute. Bern: Haupt Verlag. S. 410-449.
- Rothe Marga (2011) Sozialpädagogische Familien- und Erziehungshilfe. Eine Handlungsanleitung. 6. Auflage. Stuttgart: W. Kohlhammer.
- Simmen René, Buss Gabriele, Hassler Astrid, Maibach Daniel (Hrsg.) (2009). Systemorientierte Sozialpädagogik in der Praxis. 1. Auflage. Bern, Stuttgart, Wien: Haupt Verlag.
- Uhlendorff Uwe, Euteneuer Matthias, Sabla Kim-Patrick (2013). Soziale Arbeit mit Familien. München: Ernst Reinhardt GmbH & Co. KG, Verlag.
- Werner Emmy E. (2007). Entwicklung zwischen Risiko und Resilienz. In: Opp Günther, Fingerle Michael (Hrsg.). Was Kinder stärkt. Erziehung zwischen Risiko und Resilienz. 2. Auflage. München: Ernst Reinhardt GmbH & Co KG Verlag S. 20-32.
- Wiegand-Grefe Silke, Halverscheid susanne, Plass Angela (2011). Kinder und ihre psychisch kranken eltern. Familienorientierte Prävention – Der CHIMPs-Beratungsansatz. Göttingen: Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG.
- Woog Astrid (2010). Soziale Arbeit in Familien. Theoretische und empirische Ansätze zur Entwicklung einer pädagogischen Handlungslehre. 4. Auflage. Weinheim, München: Juventa Verlag.
- Wunsch Albert (2013). Mit mehr Selbst zum stabilen ICH! Resilienz als Basis der Persönlichkeitsbildung. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag.
- Wustmann Corina (2004). Resilienz. Widerstandsfähigkeit von Kindern in Tageseinrichtungen fördern. Weinheim: Beltz.
- Zander Margherita (Hrsg.), (2011). Handbuch Resilienzförderung. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften, Springer.
- Zander Margherita, (2009). Armes Kind – starkes Kind? Die Chance der Resilienz. 2. Auflage. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften, Springer.
- Schweizerische Eidgenossenschaft (2015). Schweizerisches Zivilgesetzbuch. Bern: Herausgegeben von der Bundeskanzlei.

Zick Jowita, (2013). Kinder von Borderline-Eltern: Entwicklung, Risiko- und Schutzfaktoren.
Marburg: Tectum.