



Kölner Leitfaden

für die Zusammenarbeit

zwischen

Jugendhilfe und Erwachsenenpsychiatrie

bei der Betreuung

von psychisch kranken Erwachsenen

und ihren Kindern

Stand Herbst 2011

LEITFADEN

Erarbeitet von den Fachabteilungen des Gesundheitsamtes und des Jugendamtes der Stadt Köln
in Kooperation mit dem Unterarbeitskreis „Kinder psychisch kranker Eltern“ der
Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft (PSAG) Köln

Präambel

Dieser Leitfaden dient als Orientierungshilfe für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Kinder- und Jugendhilfe sowie der Erwachsenenpsychiatrie, um die Arbeit mit dem gemeinsamen Klientel zu erleichtern und die Lebenssituation der Kinder psychisch kranker Eltern und ihrer Familien zu verbessern. Dabei ist die wechselseitige Kenntnis des jeweils anderen Systems besonders hilfreich.

Ein abgestimmtes Unterstützungs- und Schutzkonzept erfordert eine enge Kooperation zwischen den Hilfesystemen, um eine diagnostische Abklärung durchzuführen, die Kindeswohlgefährdung einzuschätzen und passgenaue Hilfe anbieten zu können.

Der Leitfaden wurde gemeinsam erarbeitet von den Fachabteilungen des Gesundheitsamtes und des Jugendamtes der Stadt Köln in Kooperation mit dem Unterarbeitskreis „Kinder psychisch kranker Eltern“ der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft Köln.

Hintergrund für die Entwicklung des Leitfadens ist die Erkenntnis, dass Kinder eines psychisch kranken Elternteils vielfältigen Belastungen und Beeinträchtigungen ausgesetzt sind. Sie haben ein erhöhtes Risiko, selbst eine psychische Störung oder Krankheit zu entwickeln. Deshalb ist eine frühzeitig einsetzende Hilfe für die gesamte Familie unabdingbar.

Es ist bekannt, dass Kinder psychisch kranker Eltern bereits vielfältige und zum Teil auch lang andauernde Belastungen hinter sich haben, wenn die Eltern sich schließlich in psychiatrische Behandlung begeben. Zwischen der kindlichen Wahrnehmung von ersten Symptomen der Erkrankung und der ärztlichen Diagnose liegen oftmals Jahre.

Die Lebenssituation der Kinder kann jedoch nicht aus der Tatsache einer psychischen Erkrankung an sich erschlossen werden, sie hängt von einer Vielzahl verschiedener Faktoren und Einflüsse ab. Entscheidend für das individuelle Erleben und Verarbeiten der Erkrankung eines Elternteils ist, ob neben dieser Belastung weitere Stressoren, wie Gewalt in der Familie oder eine elterliche Trennung, das Leben der Kinder nachhaltig beeinflussen. Da nicht immer klar zu unterscheiden ist, welche familiäre Problemlage wirkt (Verstärkung, Wechselwirkung), muss bei der Einschätzung der individuellen Lebenssituation stets der gesamte familiäre Kontext berücksichtigt werden. Es genügt nicht, nur die psychische Erkrankung und ihre Folgen für die Kinder in den Blick zu nehmen.

Als besonders bedeutsam gilt das Kleinkindalter von 0-4 Jahren. Psychisch erkrankte Eltern und Familienangehörige haben in dieser Zeit einen erhöhten Unterstützungsbedarf. Präventive Ansätze sind hier besonders wichtig und wirksam.

Die Reaktion der Kinder aus psychisch belasteten Familien kann sehr unterschiedlich sein. Oftmals neigen sie zu einem überangepassten und fürsorglichen Verhalten (Parentifizierung). Auch ein besonders unauffälliges Verhalten kann eine „Störungsform“ sein.

Der Leitfaden versteht sich als Unterstützungsangebot für Fachleute. Rückmeldungen aus der Praxis sowie Vorschläge zur Weiterentwicklung sind sehr erwünscht.

Ihre Ansprechpartnerin: Gesundheitsamt, Sozialpsychiatrischer Dienst, Eva Dorgeloh.
Tel.: 0221 – 221 24710, Email: eva.dorgeloh@stadt-koeln.de.

Kölner Leitfaden für die Zusammenarbeit

A. Grundsätzlich immer zu denkende Schritte

- Die Einrichtung bzw. der Dienst, in der das Problem zuerst bekannt wurde, bleibt so lange verantwortlich, bis eine verlässliche Übergabe an das Jugendamt und/oder die Erwachsenenpsychiatrie (Klinik, Sozialpsychiatrisches Zentrum/ Sozialpsychiatrischer Dienst, Leistungsanbieter des Betreuten Wohnens, niedergelassene Ärztinnen und Ärzte) erfolgt ist.
- Zunächst wird geklärt, wer in dem Fall noch als Helfer bzw. Ärztin, Arzt, Therapeutin, Therapeut involviert ist oder involviert werden muss. -> Kontaktaufnahme
- Eine Schweigepflichtsentbindung gegenüber den beteiligten Institutionen, Ärztinnen, Ärzten, Therapeutinnen und Therapeuten wird eingeholt.
- Informationen werden gesammelt und dokumentiert (nach Möglichkeit mit standardisierten Beobachtungsbögen).
- Sind keine Ärztinnen, Ärzte, Therapeutinnen oder Therapeuten vorhanden, wird der Sozialpsychiatrische Dienst zur Fallberatung bzw. Einschätzung der Situation mit einbezogen.
- Fachgespräche mit allen beteiligten Institutionen, Ärztinnen, Ärzten, Therapeutinnen und Therapeuten werden, regelmäßig und bei Bedarf, möglichst unter Einbeziehung der Familie geführt.

B. Gemeinsame Entwicklung eines Unterstützungs- und Schutzkonzeptes zur Sicherung des Kindeswohls

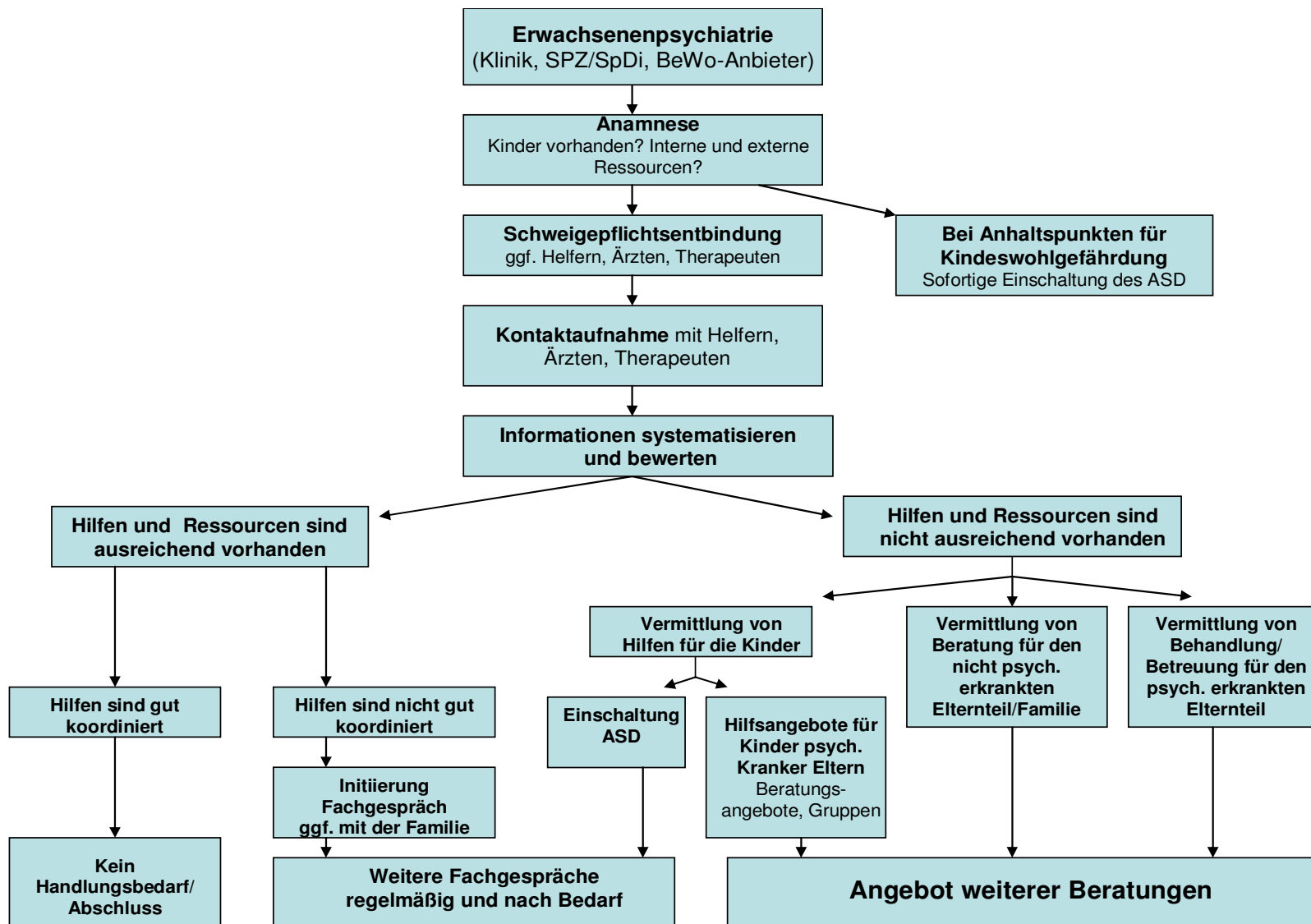
Das Unterstützungs- und Schutzkonzept hängt ab von der Fähigkeit und Bereitschaft der Familie, Ressourcen zu aktivieren und zu nutzen.

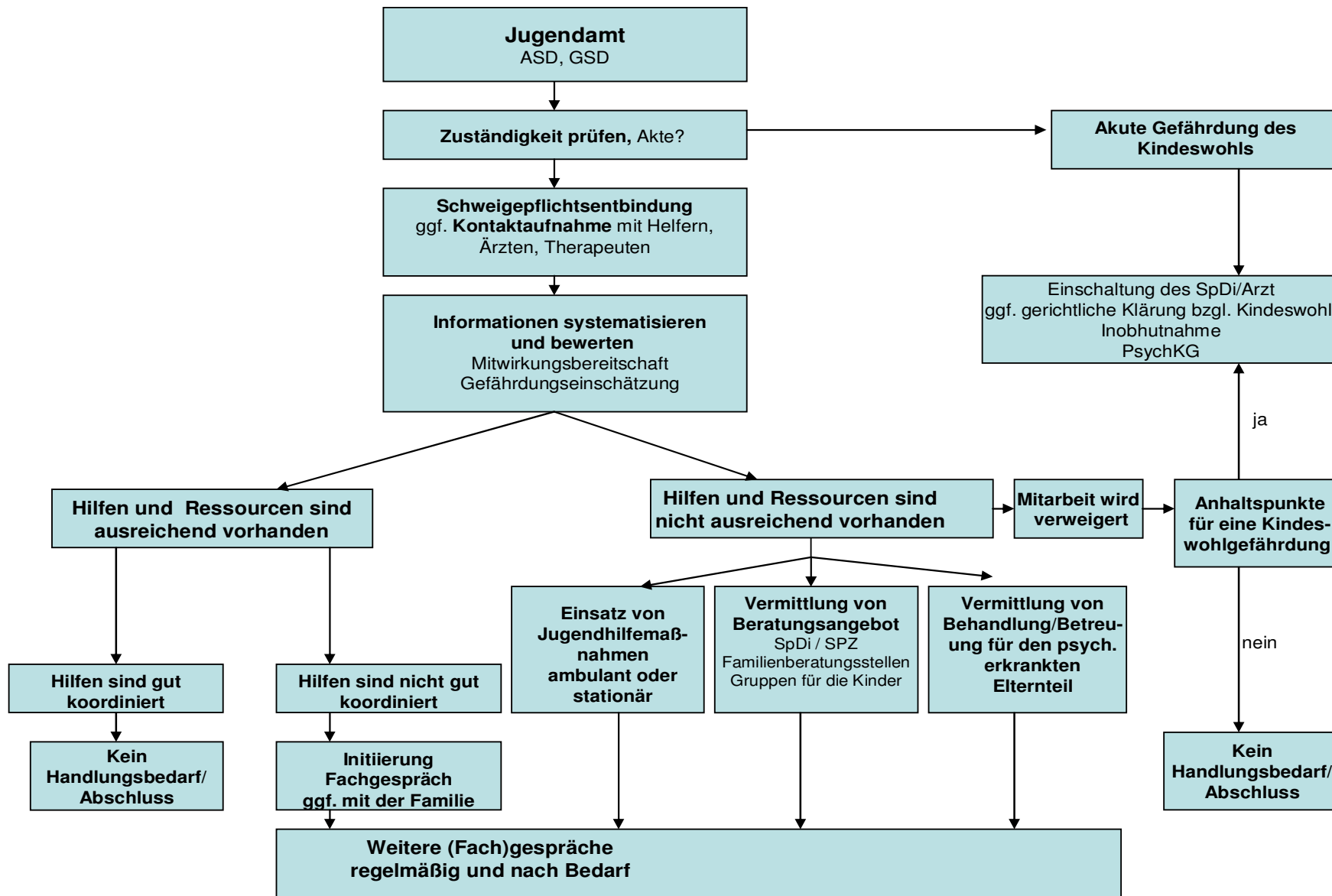
Hierzu ist es notwendig Ressourcen in der Familie und im Umfeld herauszufinden und zu bewerten.

1. Ressourcen sind ausreichend vorhanden und werden aktiviert:
 - Der Allgemeine Soziale Dienst (ASD) unterstützt bei der Aktivierung von Ressourcen und stellt sich als Ansprechpartner weiter zur Verfügung.
2. Ressourcen sind nicht ausreichend vorhanden, Unterstützung wird angenommen:
 - Unter Federführung des ASD wird mit der Familie ein gemeinsames Konzept entwickelt. Es beinhaltet die Aktivierung vorhandener und zusätzlich notwendiger Ressourcen und eine konkrete Zieldefinition.
 - Gemeinsame Ziele und Kontrollen werden zwischen dem Helfersystem und der Familie regelmäßig abgestimmt und verlaufsorientiert angepasst.
3. Ressourcen sind nicht ausreichend vorhanden, Angebote zur Unterstützung werden abgelehnt:
 - Es wird nochmals versucht, die Familie zur Mitarbeit zu gewinnen. Die Konsequenzen der Verweigerung werden offengelegt.
 - Bei weiterer Verweigerung prüfen der ASD, behandelnde Ärztinnen und Ärzte, Therapeutinnen und Therapeuten und ggf. der Sozialpsychiatrische Dienst erforderliche Maßnahmen zur Sicherung des Kindeswohles und leiten diese notfalls auch gegen den Willen der Betroffenen ein (Veranlassung der gerichtlichen Klärung im Hinblick auf das Kindeswohl, Inobhutnahme, Zwangsmaßnahmen nach dem PsychKG).

Anhang

1. Ablaufschema Erwachsenenpsychiatrie
2. Ablaufschema Jugendamt
3. Individuelle und familiäre Entwicklungsaufgaben
4. Entwicklungsaufgaben von Jugendlichen
5. Grundbedürfnisse von Kindern und Jugendlichen
6. Kriterienkatalog zur Einschätzung der Erziehungsfähigkeit psychisch beeinträchtigter Eltern, Dr. Michael Hipp, Gesundheitsamt Mettmann, Sozialpsychiatrischer Dienst





Individuelle und familiäre Entwicklungsaufgaben

Entwicklungsperiode	Vorherrschende Entwicklungsaufgabe	häufig berichtete normale Verhaltensprobleme
Säuglingsalter 0-0,5 Jahre	<ul style="list-style-type: none"> • Physiologische Regulation • Sensomotorische Funktionen • Spannungs- und Erregungskontrolle • Elementare Kommunikation mit der Umwelt und interspers. Bindung 	<ul style="list-style-type: none"> • störrisch • Wutanfälle • Sauberkeitsprobleme
Kleinkindalter 0,5-2 Jahre	<ul style="list-style-type: none"> • Stabile interpersonale Bindung • Motorische Kontrolle • Kognitive und sprachliche Funktionen • Erkundungsverhalten 	
Kindergartenalter 2-4 Jahre	<ul style="list-style-type: none"> • Grundlagen der Autonomieentwicklung • Sprachentwicklung • Phantasie und Spiel • Verbesserung der Selbstkontrolle (motorische Nahrungsaufnahme, Ausscheidung) 	<ul style="list-style-type: none"> • widerspricht • streitet, prahlt • verlangt Aufmerksamkeit • ungehorsam, eifersüchtig • Ängste, überaktiv • will nichts ins Bett • schüchtern
Vorschul- und frühes Schulalter 5-7 Jahre	<ul style="list-style-type: none"> • Impulskontrolle • Einfache moralische Unterscheidungen • Geschlechtsrollenidentifikation • Beziehung zu Gleichaltrigen 	<ul style="list-style-type: none"> • widerspricht • streitet • prahlt • unkonzentriert • gehemmt
Mittleres Schulalter (Grundschulalter) 8-11 Jahre	<ul style="list-style-type: none"> • Freundschaften • Soziale Kooperation (Arbeit in der Gruppe) • Kulturtechniken (Lesen und Schreiben) • Körperliche und schulische Kompetenz und Selbstbewusstsein (leistungsfähig, fleißig, tüchtig) • Arbeitshaltung 	
Frühe Adoleszenz (Pubertät/ Pubeszenz) 12-14 Jahre	<ul style="list-style-type: none"> • Auseinandersetzung mit körperlichen Veränderungen • Auseinandersetzung mit psychischen Veränderungen (emotionale Reaktionen, sexuelle Impulse) 	<ul style="list-style-type: none"> • verbale Auseinandersetzungen
Mittlere Adoleszenz 15-17 Jahre	<ul style="list-style-type: none"> • Gemeinschaft mit Gleichaltrigen • Sexuelle Beziehungen • Auseinandersetzung mit moralischen Prinzipien • Stabilisieren der Geschlechtsrollenidentität 	
Späte Adoleszenz (Heranwachsendenalter) 18-21 Jahre	<ul style="list-style-type: none"> • Ablösung von den Eltern • Stabilisierung eines internalisierten moralischen Bewusstseins • Berufswahl 	

Entwicklungsperiode	Vorherrschende Entwicklungsaufgabe	häufig berichtete normale Verhaltensprobleme
Frühes Erwachsenenalter 22-30 Jahre	<ul style="list-style-type: none"> • Gründung einer Familie (Heirat, Geburt von Kindern) • Finden der beruflichen Rolle, stabilisierte Einstellung zur Arbeit • Entwicklung eines eigenen Lebensstils 	
Mittleres Erwachsenenalter 31-50 Jahre	<ul style="list-style-type: none"> • Berufliche Karriere • Aufziehen der Kinder • Stabilisierung der Partnerbeziehung 	
Spätes Erwachsenenalter 51 und älter	<ul style="list-style-type: none"> • Umorientierung auf neue Schwerpunkte (Familie, Arbeit, Interessen, Lebensstil, persönliche Beziehungen) • Akzeptieren der eigenen Biographie • Entwicklung einer eigenen Haltung um Sterben 	

Quellen:

- Kinder und Jugendpsychiatrie systematisch, Ulrich Knölker (et.al) , 1997, Uni-Med Verlag
- Entwicklungsaufgaben in verschiedenen Perioden der Biographie (orientiert an Oerter & Montada, 1982, und an Remschmidt, 1992)
- Ein Ausschnitt aus: Synopt. Übersicht zur normalen und abweichenden Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. (nach Achenbach, 1982, Remschmidt, 1988)

Entwicklungsaufgaben von Jugendlichen

Entwicklungsaufgabe	Beschreibung
1. Akzeptieren der eigenen körperlichen Erscheinung und effektive Nutzung des Körpers	Hierunter fällt: Sich des eigenen Körpers bewusst werden. Lernen, den Körper in Sport und Freizeit, aber auch in der Arbeit und bei der Bewältigung der alltäglichen Aufgaben sinnvoll zu nutzen.
2. Erwerb der männlichen und weiblichen Rolle	Der Jugendliche muss seine persönliche Lösung für die Ausgestaltung seiner Geschlechtsrolle finden.
3. Erwerb neuer und reiferer Beziehungen zu Altersgenossen	Hierunter fällt insbesondere die Integration in Gruppen von Gleichaltrigen (peer-groups), die zunehmend an Bedeutung gewinnt.
4. Gewinnung emotionaler Unabhängigkeit von den Eltern und anderen Erwachsenen	Bei der Bewältigung dieser Entwicklungsaufgabe kommt es häufig zu Konflikten mit den Eltern und anderen Erwachsenen. Deshalb bereitet diese Entwicklungsaufgabe den Eltern oft genauso große Probleme wie den Jugendlichen selbst.
5. Vorbereitung auf die berufliche Tätigkeit	Die schulische und berufliche Ausbildung und die damit verbundenen Probleme und Konflikte stellen für Jugendliche eine weitere zentrale Thematik dar.
6. Vorbereitung auf Heirat und Familienleben	Hierzu gehört der Erwerb von Kenntnissen und Erfahrungen, die für Partnerschaft und Familienleben von Bedeutung sind. Häufig wird dies von Jugendlichen und jungen Erwachsenen in alternativen Lebensformen (z.B.: Wohngemeinschaften) erprobt.
7. Gewinnung eines sozial verantwortlichen Verhaltens	Hierunter fällt das Engagement für das Gemeinwohl, die schrittweise Übernahme von politischer und gesellschaftlicher Verantwortung.
8. Aufbau eines Wertesystems und eines ethischen Bewusstseins	Hierunter fällt die Auseinandersetzung mit den Wertesystemen in unserer Kultur (z.B. Religion) und die Entwicklung einer internalisierten Wertestruktur, die dem eigenen Handeln als Orientierung dienen kann.

Quelle: Entwicklungsaufgaben von Jugendlichen (nach Remschmidt, 1992), Tab. 1.1

Grundbedürfnisse von Kindern und Jugendlichen

Folgende Kriterien sind maßgebend, um das Wohl von Minderjährigen zu beurteilen¹:

1. Die Befriedigung physiologischer Bedürfnisse (angemessene Ernährung, Hygiene, Schlaf-Wach-Rhythmus, Beachtung der Körpersignale des Kindes, ärztliche Versorgung, Gewährleistung lebensnotwendiger Wärme);
2. die Befriedigung von Schutzbedürfnissen (Schutz vor Gefahren, Natureinwirkungen, z.B. Kälte und Krankheiten);
3. die Befriedigung der Bedürfnisse nach Verständnis und sozialer Bindung (Empathie von Bezugspersonen, entwicklungsfördernder Dialog, Sicherung von Bindung zur Vermeidung von Bindungsangst, Misstrauen, mangelndem Selbstwertgefühl und Hemmungen);
4. die Befriedigung der Bedürfnisse nach seelischer und körperlicher Wertschätzung (liebvoller Umgang mit dem Kind als zentraler Faktor für die frühe Entwicklung von Selbstwertgefühlen);
5. die Befriedigung der Bedürfnisse nach Anregung, Spiel und Leistung (z.B. Förderung von motorischen Aktivitäten und Spielverhalten, Unterstützung von Leistungswillen und Leistungsverhalten);
6. die Befriedigung des Bedürfnisses nach Wissen und Verstehen (Unterstützung des Neugierverhaltens);
7. die Möglichkeit, sich zu einer eigenverantwortlichen, eigenständigen Persönlichkeit zu entwickeln.
8. die Befriedigung der Bedürfnisse nach Selbstverwirklichung nach Bewältigung existentieller Lebensängste (Hilfe beim Aufbau des eigenen Selbstkonzeptes, Identität, Integration von Bedürfnissen, Eigenschaften, Fertigkeiten, Bewertungen von Gefühlen);
9. die Befriedigung des Bedürfnisses nach Einbindung in ein soziales Netz. (Hiermit ist sowohl die selbstbestimmte Freizeitgestaltung als auch die Möglichkeit, Freundschaften zu schließen und zu pflegen gemeint.)

¹ 1. - 6. und 8. nach Reinhold Schone: Was braucht ein Kind? Kriterien der Basisfürsorge und Folgen der Vernachlässigung von Kindern in: Familien in Krisen, Kinder in Not, Materialien und Beiträge zum ISA-Kongress 1997, S. 79

Kriterienkatalog zur Einschätzung der Erziehungsfähigkeit bei psychisch beeinträchtigten Eltern

Ziele des Katalogs

- Senkung der Wahrnehmungsschwelle für psychische Störungen der Eltern (Erhöhung der Sensibilität)
- Objektivierung emotionaler Anmutungen („Bauchgefühl“)
- Frühzeitige Enttabuisierung der psychischen Störung und ihrer Auswirkung auf die Erziehungskompetenz mit erleichterter gegenseitiger Kontaktaufnahme zwischen Jugendhilfe und psychiatrischem System (diagnostische Abklärung, Angebot passgenauer Hilfen, Beurteilung der Kindeswohlgefährdung)
- Funktion als Checkliste: Systematisierung und Vollständigkeitskontrolle der Untersuchung der Erziehungsfähigkeit (Qualitätssicherung), Absicherung und Entlastung der für die Familien zuständigen Helfer.
- Entwicklung einer gemeinsamen Sprache mit Verbesserung der systemübergreifenden Verständigung (Kinder-Jugendhilfe, Erwachsenenpsychiatrie, Familiengericht)
- Übertragung der Psychopathologie der Eltern auf die Interaktionsebene mit den Kindern (Bindungsregulation) d.h. Überprüfung auf ihre Erziehungsrelevanz
- Überprüfung der Wirksamkeit von Jugendhilfemaßnahmen im Langzeitverlauf
- Verzicht auf eine quantifizierende oder gewichtende Einordnung der die Erziehungsfähigkeit einschränkenden Symptome und Defizite
- Vermeidung einer Medizinalisierung des Themas durch Verzicht auf Krankheitsbegriff (Diagnose)
- Ergänzung (nicht Ersatz) des Stuttgarter Kinderschutzbogens
- Fokus auf Prävention d.h. zur Einschätzung der Kindeswohlgefährdung ist eine ergänzende Berücksichtigung des kindlichen Verhaltens und der häuslichen Milieugestaltung notwendig

Kriterienkatalog

Persönlichkeitsstruktur

1. Beeinträchtigte Verhaltenssteuerung:

- Mangelhafte Selbstkontrolle,
- Impulsivität (Wutausbrüche, Verschuldung, Essstörungen, Selbstverletzung, Gewalt; ständiges Umräumen oder Zerstören der Wohneinrichtung etc.)

2. Affektdysregulation:

- Ungenügende Fähigkeit zur Reflexion von Emotionen und zur Selbstberuhigung
- Gesteigerte Erregbarkeit (Reizbarkeit)
- Schnell wechselnde Stimmungen (Unberechenbarkeit)

3. Persönlichkeitsdesorganisation:

- Ungenügende Ressourcen und Fertigkeiten bei der Alltagsbewältigung (ständige Überforderung, Unselbstständigkeit)
- Planungsinkompetenz (Strukturlosigkeit, Chaos z.B. bei der Einteilung des Geldes oder der zeitlichen Organisation des Tages)
- Vermüllung, Mangelhafte Hygiene, Verwahrlosung
- Unpünktlichkeit/ Unzuverlässigkeit
- Starre und rigide Regelsetzung (Ritualisierung)
- Unselbstständigkeit (Reifungsdefizit)

4. Frustrations- und Stressintoleranz:

- Geringe Belastbarkeit
- Geringes Durchhaltevermögen
- Erhöhte Kränkbarkeit
- Kontaktvermeidung (-abbruch)

5. Verminderte Lernfähigkeit:

- Stereotypisierung des Denkens und Handelns (Wiederholungstendenz, Redeschwall / Monologisieren)
- Identitätsdiffusion (Tendenz zu Persönlichkeitsdesintegration)
- Mangelhafte Integration von neuen Erfahrungen und Informationen in das eigene Denken und Handeln (Entwicklungsprognose)
- Unzureichende Umsetzung von pädagogischen Anregungen

6. Konfliktlösungsinkompetenz:

- Geringe Kompromissfähigkeit / starke Rigidität → Egozentrisch-gewaltsame Selbstdurchsetzung („Ich bin im Recht und ziehe das jetzt durch!“ → keine Berücksichtigung möglicher Konsequenzen für das Kind)
- Ausweichen von Ambivalenz → Schwarz-Weiß-Malerei und Gut-Böse-Spaltung
- Flucht- Ausweichtendenzen (Kontaktabbrüche, Partnerwechsel; Ärztehopping, Institutionshopping, z.B. Kindergarten, Kita, Schule etc.)

7. Dissozialität:

- Verantwortungslosigkeit
(Kind wird allein gelassen; Kind wird zum Ladendiebstahl mitgenommen.)
- Missachtung sozialer Normen, Regeln und Verpflichtungen (Lügen)
- Oppositionelles Verhalten
(Ich mache immer das Gegenteil von dem was mir geraten wurde)
- Gewalt (Kind betroffen oder Zeuge)
- Sexueller Missbrauch

Realitätswahrnehmung

1. Psychotischer Realitätsverlust:

- Denkstörung (Denkzerfahrenheit, Ideenflucht)
- Wahn (selbst- oder fremdgefährdende Inhalte?)
- Halluzination (imperative Stimmen aggressiven Inhalts?)

2. Persönlichkeitskorrelierte Einschränkung der Realitätsprüfung:

- Kontaktgestaltung über die Gut-Böse-Spaltung (Helfer und andere Bezugspersonen werden zunächst in der Elternübertragung als nährende Versorger und später als bedrohliche und gefährliche Feinde empfunden)

3. Dissoziationen:

- Amnesien mit Bewusstseinsstörungen (Trancezustände),
- Depersonalisation (Fremdheit des eigenen Körpers),
- Derealisation (Fremdheit der Umgebung),
- Konversionssymptome (Anfälle, Lähmungen, Blindheit etc.),
- Leeregefühl
- Häufige Unfälle des Kindes

4. Flashbacks und Intrusionen:

- Überflutung mit traumatischen Bildern mit panikartigen Ängsten

5. Suchtmittelassoziierte Veränderung der Realitätswahrnehmung:

- Suchtmittelmissbrauch/abhängigkeit

Dynamische Defizite

1. Affektive Verstimmungen:

- Depression
- Manie
- Angst (Panikanfälle)
- Instabilität

2. Antriebsstörungen:

- Initiativlosigkeit
- Apathie
- Desinteresse, Anhedonie (Lustlosigkeit)
- Affektive Starre
- Hyperaktivität
- Konzentrationsstörung
- Permanente Unruhe

Bindungsregulation

- **Ungenügende Feinfühligkeit**: Missdeutung kindlicher Signale bei unzureichender Abgrenzung gegenüber den eigenen Bedürfnissen (Ich bin müde, also lege ich z.B. das Kind ins Bett, 1:1 Bedürfnisübertragung, fehlende Bereitschaft zuzuhören)
- **Egozentrische Wahrnehmungs- und Handlungsmuster**: Bevorzugung nicht Kind bezogener Bedürfnisse (Wahrnehmung des Kindes als Erwachsener, Konkurrenz mit dem Kind auf Geschwisterebene: Jetzt komme erst einmal ich an die Reihe, das Kind kann warten)
- **Desinteresse an den Kindern (fehlende Aufmerksamkeit)**: Meinungen, Gefühle, Aktivitäten, schulische Entwicklung, Freunde (Eltern behindern Außenkontakte, Kinder dürfen keine Freunde mitbringen, Fragen der Kinder werden nicht beantwortet, keine gemeinsamen Aktivitäten)
- **Unberechenbarkeit der emotionalen Zuwendung** (Reaktion der Mutter steht in keinem logischen und nachvollziehbaren Verhältnis zu dem Verhalten des Kindes)
- **Negatives inneres Modell elterlicher Zuwendung**: keine Vermittlung von Grenzen, Regeln, Interessen und Werten; Instabilität; mangelhafte Selbstkontrolle, Inkonsequenz (inkonsistenter, von Launen und elterlichen Befindlichkeiten abhängiger Erziehungsstil)
- **Psychische Misshandlung des Kindes** (Kind als Sündenbock, „schwarzes Schaf“): kontinuierliche Herabsetzung, Ablehnung, Ausgrenzung, Demütigung, Bedrohung (Starke Beschimpfungen, Fäkalsprache, Einschüchterung); Invalidierung (Wahrnehmung und Erleben des Kindes werden für ungültig erklärt)
- **Exposition des Kindes gegenüber traumatisierenden Ereignissen**: Suizidversuche, selbstverletzende Verhaltensweisen, epileptische Anfälle, selbstinduzierte Ohnmachtsanfälle (Hypoglykämie)
- **Parentifizierung**: Rollenumkehr zwischen Kind und kranken Elternteil → Kind wird zum Partner- oder Elternersatz und übernimmt emotionale und alltagspraktische Versorgung (Überforderung!) (Das Kind wird zum alleinigen Lebenssinn; Kind wird benutzt für die Befriedigung der elterlichen Bedürfnisse; Eltern benötigen die Anwesenheit des Kindes als Schutz und zur Beruhigung; eifersüchtige Isolierung des Kindes -Fehlzeiten in Kindergarten und Schule)
- **Bindungsintoleranz**: Fehlende Akzeptanz des Kontaktes zum getrennt lebenden Elternteil (Parental Alienation Syndrome (PAS): Programmierung des Kindes gegen den anderen Elternteil → Das Kind muss mit dem Bild eines „Monsters“ aufwachsen)

Bewältigungsstrategien (Coping)

- Ausgeprägtes Vermeidungsverhalten (geringe Anstrengungsbereitschaft)
- Geringe Introspektionsfähigkeit: Fehlende Selbstkritik und Selbstreflexion (Gestörte Beziehung zu sich selbst)
- Fehlende Krankheits- und Problemeinsicht (Problemakzeptanz, Verleugnung)
- Fehlende Therapie- und Veränderungsmotivation
- Ungenügende Kooperationsbereitschaft mit unterstützenden Institutionen (Hilfeakzeptanz)
- Mangelhafte Verlässlichkeit, Beständigkeit, Absprachefähigkeit (Verbindlichkeit)
- Fehlende Verantwortungsübernahme für das eigene Verhalten (Einnahme der Opferrolle → geringe Selbstwirksamkeitserwartungen: Ich kann eh nichts mehr machen)
- Wechselnde und/oder destruktive Partnerschaften (Partnerwahl zur Versorgung und Angstbindung und/oder Selbstbestrafung)

Hilfstrukturen auf der Familienebene

- Fehlende Präsenz einer gesunden Bezugsperson
(Es gibt keinen Elternteil/primäre Bindungspersonen, auf den/die man die Hilfe aufbauen kann und die kompensatorische Erziehungsfunktionen übernimmt.)
- Keine eindeutig definierten Beziehungen (versteckte Schuldvorwürfe, Ambivalenz, wechselnde Koalitionen, Destruktivität)
- Schutzlosigkeit des Kindes vor Übergriffen Dritter

© Dr. Michael Hipp
Kreisgesundheitsamt Mettmann
Sozialpsychiatrischer Dienst Hilden
2009