

Familien mit psychisch kranken Eltern: Bindungsorientierte Hilfestrategien im multiinstitutionellen Kontext | Teil 2

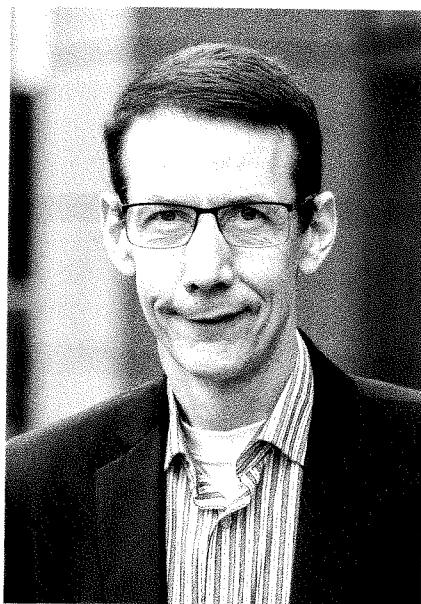
Michael Hipp

Fortsetzung des Aufsatzes

„Familien mit psychisch kranken Eltern: Bindungsorientierte Hilfestrategien im multiinstitutionellen Kontext“ von Dr. Michael Hipp, erschienen in „Blickpunkt Jugendhilfe“ 1/2023.

Pathologische Überlebensstrategien (Copings)

Um die als Kontrollverluste erlebten Stimmungs- und Identitätswechsel zu verhindern oder die schmerzhafte Einsamkeit und überwältigende kindliche Bedürftigkeit auszuhalten, entwickeln Menschen mit bindungsbelasteten oder traumatisierenden Biografien bereits in der Adoleszenz komplexe Kompensationsstrategien. Diese überlebenswichtigen Verhaltensbesonderheiten beeinträchtigen zusätzlich das psychosoziale Funktionsniveau einschließlich der Erziehungsfähigkeit und gelten folglich als „Symptome“, die als Bestandteil einer Pathologie möglichst beseitigt werden sollen. Dabei wird ihre Funktionalität verkannt, so dass es zwischen den Eltern und Fachkräften zu Machtkämpfen oder Kontaktabbrüchen kommt. Die betroffenen Eltern können aber ihre pathologischen Überlebensstrategien nicht aufgeben, bevor sie nicht alternative Fertigkeiten (Skills) erlernt haben.



Dr. Michael Hipp

(Foto: Dennis Möbus)

Spezifische Kompensationsmodi:

- **Vermeidung von Stress und Triggerreizen:** Aufgrund ihres engen Stresstoleranzfensters geraten traumatisierte Menschen bei der Bewältigung ihres Alltags immer wieder in Überforderungssituationen. Um sich vor einer Wiederholung der traumatischen Vergangenheit zu schützen, vermeiden sie gefährliche Stressexpositionen. In der Adoleszenz dominiert dabei der Schulabsentismus. Später werden Ausbildungen vorzeitig abgebro-

chen und Erwerbstätigkeiten nicht durchgehalten. Schließlich erfolgt die Integration in das Jobcentersystem mit entsprechenden Konflikten bezüglich der gesetzlich vorgegebenen Kooperationserfordernisse. Psychotherapie wird aufgrund der damit verbundenen Thematisierung der Vergangenheit verweigert. Wenn infolge einer umfassenden Konstriktion die Wohnung nicht mehr verlassen wird, Außenkontakte nicht mehr zugelassen werden und die Post nicht mehr geöffnet wird, muss die Einrichtung einer gesetzlichen Betreuung in Erwägung gezogen werden.

Emotionale Nähe zu ihren Kindern erinnert die Eltern an ihre eigene schmerzhafte Bindungserfahrung. Intimität in Sicherheit ist nicht möglich. Immer werden gleichzeitig das oxytocinbasierte Bindungssystem und das cortisolgestützte Bedrohungssystem aktiviert. Die Eltern stehen daher jeder Beziehung im Nahbereich ambivalent gegenüber. Sie vermeiden die emotionale Verbindung zu ihren Kindern. Ihre Resonanzfähigkeit gegenüber den Bindungssignalen der Kinder ist beeinträchtigt. Dies zeigt sich z.B. in einer deutlichen Reduktion von Sprachproduktion, Blickfrequenz und Berührungen sowie dem Verweigern des Stillens.

Dr. Michael Hipp ist Arzt für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie und ehemaliger Leiter des Sozialpsychiatrischen Dienstes in Hilden.

Auch die in der Hilfeplanung festgelegten Beratungsziele zur Verbesserung der Erziehungskompetenz werden nicht selten als Überforderung erlebt, so dass Absprachen mit den Fachkräften nicht eingehalten und Termine unter Vorwänden abgesagt werden. Im Konfliktfall besteht das Risiko eines vorzeitigen Abbruches des Hilfeprozesses.

- **Kontrolle:** Traumatische Ereignisse beinhalten die Erfahrung des Kontrollverlustes. Diese Erfahrung wird später durch Intrusionen und Flashbacks wiedererlebt. Zur Abwehr dieser internen Bedrohung und zur Rückgewinnung der Affektsteuerung entwickeln die Eltern eine Vielzahl von Kontrollstrategien. Dazu gehören z.B. oppositionelle Verweigerung, Zwänge, selbstverletzendes Verhalten, Essstörungen und Spaltungen in den Beziehungskontexten. Eine besondere Herausforderung stellt die instrumentelle Gewalt dar. Die meist männlichen dissozialen Täter versuchen, durch geplante Misshandlung ihrer Opfer Sicherheit und Macht zu erlangen. Ihre Empathiefähigkeit ist gering, Reue wird nur vorgetäuscht. Eine Veränderungsmotivation kann meist nicht erzielt werden. Im Falle der häuslichen Gewalt wird das Stresserleben der Partnerinnen so gesteigert, dass ein Fürsorgeverhalten gegenüber den Kindern nicht mehr möglich ist. Die abhängigen Mütter können sich und die Kinder nicht schützen. Die Kinder werden durch die Zeugenschaft von Gewalt ebenso traumatisiert wie durch die eigene Betroffenheit.

- **Ablenkung/Betäubung:** Hyperarousal, Einsamkeitsgefühle und Anhedonie (Lustlosigkeit) disponieren zum Missbrauch von Alkohol und Drogen im Sinne der Selbstmedikation. Daraus können sich Suchterkrankungen entwickeln. Die

abhängigen Menschen können dann nur noch unter dem Einfluss des Suchtmittels Ruhe finden, emotionale Nähe aushalten und Lebensfreude erleben. Nach dem Absetzen des Mittels kommt es zu physischen und psychischen Entzugssymptomen. Unter dem Einfluss von Suchtmitteln werden Bewusstsein und Realitätswahrnehmung der Eltern verändert, so dass Aufmerksamkeit, Feinfühligkeit und Responsivität sowie Schutzfähigkeit gegenüber den Kindern erheblich beeinträchtigt werden.

Seit der Einführung der Smartphones stellen die digitalen Ablenkungs-, Kontakt- und Konsumangebote das zentrale Regulationsinstrument dar, da sie eine passgenaue Antwort auf die Bedürfnisse der traumatisierten Eltern bieten. Im Chat mit fremden oder bekannten Menschen können sie ihr Verlangen nach Nähe befriedigen und gleichzeitig Distanz halten und die Kontrolle ausüben. Unabhängig von Tages- und Nachtzeiten stehen Kontaktmöglichkeiten zur Verfügung, so dass Phasen des Alleinseins überbrückt werden können. Eine Vielzahl von Stimulationsangeboten hilft bei der Überwindung dissoziativer Zustände. In Rollenspielen oder Online-Shooter-Spielen können Zweitidentitäten, sogenannte Avatare, kreiert werden. Es entstehen virtuelle Parallelwelten, in denen die Menschen Sicherheit herstellen, Bindung erfahren und Selbstwirksamkeitserfahrungen machen können. Wenn das Zeitgefühl verloren geht, kommt es zu einer Verschiebung des Tag-Nacht-Rhythmus. Verpflichtungen in der realen Welt können dann nicht mehr wahrgenommen werden. Dazu gehören auch die Versorgung und der Schutz der Kinder. Diese müssen mit dem Internet um die Aufmerksamkeit der Eltern konkurrieren oder werden selbst unbeauf-

sichtigt den digitalen Medien überlassen. Die Resonanz der Eltern gegenüber den Bindungssignalen der Kinder wird blockiert oder durch die digitale Interferenz verzerrt.

- **Unterwerfung:** Das Alleinsein in einer für sie bedrohlichen Welt führt bei traumatisierten Menschen zu existentiellen Ängsten. In Ruhemomenten oder im Schlaf werden sie von Intrusionen mit traumatischen Erinnerungsinhalten überwältigt und in ihrer Persönlichkeitsintegrität erschüttert. Dies verstärkt bei ihnen den Eindruck, dass sie ein selbstständiges Leben in Sicherheit nicht führen können. Sie sind dann bereit, sich in destruktive Beziehungskontexte zu begeben und sich im Sinne der Täter-Opfer-Reinszenierung von gewalttätigen Partnern abhängig zu machen. Mütter geraten dabei in einen Loyalitätskonflikt zwischen den Tätern und ihren Kindern. Sie müssen zwischen der eigenen Sicherheit und der Sicherheit ihrer Kinder wählen. Häufig lösen sie den Ambivalenz-Konflikt durch Bagatellisierung oder Verleugnung der Bedrohung. Die Kinder sind dann schutzlos der Misshandlung oder der sexualisierten Gewalt durch die Täter ausgeliefert.

Hilfeplanung unter erschweren Bedingungen

Die Hilfeplanung im Kontext der Kinder- und Jugendhilfe ist von hoher Komplexität charakterisiert. In einem ganzheitlichen Ansatz müssen die Perspektiven der Eltern, der Kinder und der Fachkräfte berücksichtigt werden. Bei allen beteiligten Personen nehmen die Systeme von Sicherheit (Amygdala, Cortisol), Bindung (Oxytocin), Belohnung (Dopamin, Endorphine) und Mentalisierung (Präfrontalcortex) Einfluss auf die

Beziehungsgestaltung und die Kompetenzentwicklung. Die unüberschaubare Zahl unterschiedlicher Kostenträger, Leistungserbringer und Professionen führt zu einem unübersichtlichen Perspektiven- und Verantwortungspluralismus mit aufwendigen Abgrenzungserfordernissen (Wagenblass, Schone, 2001). In ihren Ausbildungen werden pädagogische Fachkräfte auf die Psychopathologie der Eltern und ihre Auswirkungen auf die kindliche Entwicklung kaum vorbereitet. So entstehen widersprüchliche Vorstellungen über Bindung, Trauma und Kindeswohl. In den fachlichen Diskursen wird nicht selten der Eindruck erweckt, als handele es sich bei der Interaktion zwischen den Klienten*innen und den Helfenden um objektivierbare oder standardisierbare Prozesse. In Wirklichkeit werden bei der Beziehungsgestaltung in einer Übertragungs- und Gegenübertragungsdynamik auch bei den Fachkräften alte Bindungsmuster aktualisiert. Die Fähigkeit der Fachkraft, Leiden auszuhalten und zu neutralisieren, Nähe-Distanz ausgewogen zu regulieren, Verstrickungen zu vermeiden und abgrenzende Selbstfürsorge zu leisten, hängt davon ab, wie gut sie die eigene Bindungsgeschichte kennt und ihre Helferidentität reflektiert hat.

Die Hilfeplanverfahren in der Kinder- und Jugendhilfe werden von der Idee geleitet, die Eltern durch Informationsvermittlung und Ressourcenaktivierung zu befähigen, möglichst rasch der Erziehungsverantwortung für ihre Kinder selbstständig gerecht werden zu können. Es werden Ziele definiert, die dem Lernprozess Struktur und Richtung verleihen sollen. Gemäß dem Prinzip „Hilfe zur Selbsthilfe“ sollen Abhängigkeitsentwicklungen vermieden werden. Implizit gilt die Grundannahme, dass die Eltern über Problemeinsicht und Veränderungsbereitschaft verfügen. Die

Dauer der Familienhilfe ist meist auf ein bis zwei Jahre limitiert. Dabei wird nicht berücksichtigt, dass bei psychischen Erkrankungen nur psychotherapeutische Prozesse eine nachhaltige Verbesserung der psycho-sozialen Funktionsfähigkeit bewirken können. Hilfen sind demgegenüber nur so lange wirksam, wie sie der Familie zur Verfügung stehen. Nach ihrer Beendigung stellt sich bei den Eltern der ursprüngliche psychopathologische Zustand, d.h. nicht selten die Kindeswohlgefährdung, wieder ein.

Eltern mit schweren psychischen Erkrankungen sind in ihrer Mentalisierungsfähigkeit eingeschränkt (Lenz, 2021). Sie können sich selbst nicht ausreichend reflektieren und sich nicht in andere Menschen einfühlen. Sie sind zum Perspektivenwechsel kaum in der Lage und werden vor allem von ihren Bedürfnissen bestimmt. Sie können ihre Eigenanteile an den Problemen nicht erkennen und nehmen sich als Opfer äußerer Umstände wahr. Ohne Krankheits- und Problemeinsicht zeigen sie wenig Bereitschaft zu Veränderung und Therapie. Unter Hilfe verstehen sie bedingungslose Entlastung und Versorgung sowie Therapie ihrer Kinder, damit diese besser handhabbar sind. Zudem besteht ein großes Misstrauen, so dass sie sich durch Hilfsangebote sehr schnell kontrolliert und bedroht fühlen. Aufgrund ihrer niedrigen Stresstoleranz und einem ständigen Wechsel ihrer Persönlichkeitsanteile werden sie durch die in der Hilfeplanung erfolgten Zielsetzungen überfordert. Daher kommt es in vielen Fällen zu einem Verweigerungs- oder Vermeidungsverhalten der Eltern. Dies führt zu dem Paradox, dass mit der Zunahme der Psychopathologie der Eltern, also auch ihrer Erziehungsunfähigkeit, die Wahrscheinlichkeit steigt, dass die Hilfen wegen der unzureichenden elterlichen

Mitarbeitbereitschaft vorzeitig beendet werden und somit die Kinder ungeschützt zurückbleiben.

Zur Organisation hochkomplexer Hilfen ist von Anfang an eine transdisziplinäre und multiinstitutionelle Hilfeplanung notwendig. Zur Prävention von Schnittstellenproblemen ist es vorteilhaft, wenn im Rahmen einer systemübergreifenden Kooperationsvereinbarung die Vernetzungsstrukturen geschaffen, datenschutzrechtliche Probleme ausgeräumt, Zuständigkeiten geklärt, Kommunikationswege gebahnt und Interessen abgeglichen werden (Wagenblass, Schone, 2001). Eine fallverantwortliche Fachkraft übernimmt die zentrale Koordinationsfunktion. Institutions- oder klientenbezogene Spaltungsprozesse müssen rechtzeitig erkannt und im Sinne eines konsequenten Konfliktmanagements überwunden werden. Alle Hilfsangebote sollten im Hinblick auf ihre Entlastungs- und Bindungseffekte reflektiert werden. Nur langfristige Interventionen ermöglichen eine bindungsorientierte Arbeit und erhöhen die Wahrscheinlichkeit nachhaltiger Lernprozesse.

Ein großer Teil der Probleme der Eltern bezieht sich nicht auf das Kind, sondern muss auf die psychische Erkrankung zurückgeführt werden. Die Fachkräfte der Jugendhilfe können daher ergänzt um Fachkräfte aus dem Bereich des ambulant betreuten Wohnens für psychisch kranke oder suchtkranke Menschen werden. Um die Finanzierung durch den überörtlichen Sozialhilfeträger sicherzustellen, muss eine psychiatrische Diagnostik durchgeführt werden. Da psychisch kranke Menschen häufig keine Krankheitseinsicht zeigen und einer „Psychiatrisierung“ eher ablehnend gegenüberstehen, muss ein niedrigschwelliger Zugang zum psychiatrischen System angestrebt werden. Als Kooperationspartner kommen



vornehmlich die ärztlich besetzten sozialpsychiatrischen Dienste infrage, die auch Hausbesuche anbieten können. Um Missverständnissen vorzu-beugen, ist dabei das begrenzte An-liegen der Jugendhilfe im Rahmen einer Kooperationsvereinbarung kon-kret zu formulieren. Das Tandemmo-dell der psychosozialen Versorgung hat mehrere Vorteile. Die Fachkräfte des ambulant betreuten Wohnens re-präsentieren den kompensatorischen und substituierenden Aspekt der Hilfeerbringung. Ihr Auftrag ist auf eine lange Dauer hin konzipiert, so dass belastende und höherfrequente Überprüfungen der Entwicklungsfort-schritte der Eltern entfallen. Durch die spezifische Qualifikation der sozial-psychiatrischen Fachkräfte können die Eltern besser zur Durchführung einer Psychotherapie motiviert werden, in der sie am „inneren sicheren Ort“ arbeiten können. Doch auch im Falle eines Entzugs des Sorgerechtes behalten die Eltern den Anspruch auf das ambulant betreute Wohnen, wer-den also nicht plötzlich „fallengelas-sen“. So kann der Dialog mit dem Jugendamt (z.B. bezüglich der Um-gangsgestaltung) leichter wieder in Gang gesetzt werden. Um klienten-bezogenen oder institutionsspezi-fischen Spaltungsprozessen entge-genzuwirken, sind regelmäßige Ab-sprachen zwischen den Fachkräften der Jugendhilfe und des ambulant betreuten Wohnens erforderlich.

Traumapädagogik als Grundlage der Klient*in-Helfer*in-Beziehung

Pädagogische Konzepte sind darauf ausgerichtet, das natürliche Explora-tionssystem von Kindern und Erwach-senen zu fördern und durch geeigne-te didaktische Strategien in die vorher definierten Bildungsziele zu lenken. Bei bindungsbelasteten und traumati-sierten Menschen sind die Bedro-

hung- und Bindungssysteme so stark aktiviert, dass das Explorationssystem fast vollständig unterdrückt wird. Um Bildungsprozesse zu ermöglichen, muss daher vorrangig das Bindungs-system der Eltern und Kinder beru-higt werden. Jede pädagogische Fachkraft wird vornehmlich zu einem „Sicherheitsbeauftragten“ (Kühn, 2008). Nur in einem sicheren äußeren Ort können bei den Eltern die kata-strophischen Reflexmuster überwun-den, das Mentalisierungsniveau stabi-lisiert und die Lernfähigkeit wieder-hergestellt werden. Erst im „sicheren Hafen“ einer schützenden Beziehung wird Entwicklung möglich. Dies impliziert, dass im Rahmen einer Lang-zeitstrategie kompensatorische Ent-lastungen gewährt und dadurch Überforderungen vermieden werden. Destruktive Beziehungsmuster in der Familie müssen identifiziert und be-endet werden. Solange es Gewalt in einer Familie gibt, der äußere sichere Ort also nicht gewährleistet wird, blei-ben Hilfen und Therapien auf dem Niveau kosmetischer Alibi-Handlun-gen. Institutionelle Bedrohungen wie zum Beispiel durch Sanktionen des Jobcenters wegen unzureichender Mitarbeit oder der vorschnelle Verlust der Wohnung aufgrund einer unpas-senden Größe können durch die amtsärztliche Begutachtung der Erwerbsfähigkeit und/oder der Um-zugsfähigkeit abgewendet werden. Die Rückgewinnung der Handlungsfähigkeit unter Stress gelingt durch die sichernde Begleitung einer Fach-kraft bei der Bewältigung aller Aufga-ben. Hierdurch werden Misserfolgser-lebnisse vermieden und Selbstwirk-samkeitserfahrungen ermöglicht. Die Fachkraft wird zum „Cheerleader“, durch den auch geringfügige Lerner-folge markiert und positiv konnotiert werden. Durch die Aktivierung des Explorationssystems können Kom-petenzen erworben, Interessen ent-wickelt und somit das Belohnungs-zentrum stimuliert werden.

Videogestützte Förderung der Mutter-Kind-Interaktion

Mütter mit frühkindlichen Traumaer-fahrungen sind in ihrer Mentalisie-rungsfähigkeit so stark eingeschränkt, dass sie von einer Bindungsförderung, die sich auf sprachlich kognitive Beratungsangebote beschränkt, kaum profitieren können. Sie verstehen die abstrakten Hinweise nur unvollstän-dig, können diese nicht umsetzen oder empfinden diese als Kritik und Abwertung. Auch vorbildhafte Inter-aktionssequenzen zwischen der Famili-enhilfe und dem Kind im Sinne des Lernens am Modell können von den Müttern nur schwer angenommen werden. Es besteht zudem ein Risiko, dass das kooperative Verhalten des Kindes gegenüber der Fachkraft als Illoyalität gegenüber der Mutter ver-standen wird und sich dadurch die Überzeugung des „bösen Kindes“ bestätigt.

Einen direkten Weg zum limbischen System über eine Visualisierung der Mutter-Kind-Interaktion ermöglichen die videotestierten Verfahren. Neben der entwicklungspychologischen Beratung (Ziegenhain, 2006), Safe, Steep und dem Video-Hometraining ist dies vor allem die Marte Meo-Methode, die von der Niederländerin Maria Aarts entwickelt worden ist (Aarts, 2023). Hier werden meist im Wochenrhythmus Videosequenzen der Mutter-Kind-Interaktionen im Kontext der freien Situation oder eines Leitungsmomentes aufgenom-men. Die Videokamera wird dabei zum externen Beobachter, der zu-nächst den nur unzureichend ausge-bildeten inneren Beobachter der Mutter substituiert. Die Mutter gerät dadurch in die Metaposition, d. h. sie sieht ihr Verhalten erstmals von außen. Es werden dabei gegenüber der Mutter nur die gelungenen Inter-aktionssequenzen präsentiert. Sie kann dadurch an sich selbst lernen,

ohne mit der Fachkraft rivalisieren zu müssen. Es werden dabei die dysfunktionalen Annahmen (z.B. „Ich bin eine schlechte Mutter!“ „Ich bin den Bedürfnissignalen und Aktivitäten meines Kindes hilflos ausgeliefert!“) widerlegt. Die Mutter erlebt sich als selbstwirksam. Sie kommt immer besser in Kontakt mit ihrem Kind, hat also zunehmend „Genussmomente“. Dadurch entsteht eine „Entwicklungsstimmung“ mit einer in die Zukunft weisenden Haltung der Zuversicht. Die Mutter erkennt, dass sie im Kontext der Hilfeerbringung nicht nur Aufträge, sondern auch Geschenke erhält. Dadurch wird das Hilfe-Kontroll-Dilemma entschärft oder sogar überwunden. Die Mutter wird wieder neugierig auf sich selbst und ihr Kind. Das Explorationsverhalten als Grundlage jeder Lernentwicklung wird aktiviert.

Bedeutung psychotherapeutischer Konzepte im Trauma-Kontext

Die oben beschriebenen, in der Adoleszenz geformten Überlebensstrategien wie zum Beispiel Vermeidung, Kontrolle, Ablenkung, Trost, Betäubung und Abhängigkeit werden meist als Symptome klassifiziert und nach dem ICD 10 unterschiedlichen Krankheitsbildern zugeordnet. Therapeutische Konzepte wie z.B. verhaltensorientierte Konditionierungen, die den traumatischen Ursprung dieser Symptome und damit ihre Kompensationsfunktion nicht anerkennen, somit auch nicht stressor-basiert arbeiten, vermögen nur kurzfristige Wirkungen zu erzielen (Hensel, 2020).

In Abhängigkeit vom Krankheitsbild der Eltern werden medikamentöse und/oder psychotherapeutische Behandlungen empfohlen. Während die Finanzierung durch die gesetzlichen Krankenkassen meist problemlos ge-



(Foto: © Pixabay)

sichert werden kann, ergeben sich große Schwierigkeiten bei der Vermittlung eines passgenauen Psychotherapieplatzes. Das ambulante Angebot ist aufgrund der Spezialisierung undurchschaubar komplex und die Zugangsschwelle ist hoch. Lange Wartefristen und hohe Motivationsanforderungen treffen auf unsichere Krankheitseinsicht und ausgeprägte Vermeidungstendenzen. Stationäre Behandlungen werden durch die Eltern aufgrund der erforderlichen langen Trennung von den Kindern meist abgelehnt. Dennoch bildet die Psychotherapie die Voraussetzung für die Reduktion der Psychopathologie und damit zur Verbesserung der Erziehungsfähigkeit.

Die psychotherapeutische Versorgung von Kindern ist in ihrer Wirksamkeit davon abhängig, ob auch das Erziehungs- und Fürsorgeverhalten der Eltern positiv beeinflusst werden kann. Lange diagnostische Prozesse signalisieren den Kindern, dass sie allein das Problem darstellen oder schuldig geworden sind. Häufig wird die Forderung nach diagnostischer

Abklärung mit der Hoffnung verbunden, subjektive psychische Vorgänge objektivieren zu können, um klare Handlungsanweisungen zu erhalten. Die beteiligten Institutionen (z.B. Frühe Hilfen, Jugendamt, Kita, Schule etc.) reagieren verzögert, um Kosten oder konfrontative Auseinandersetzungen mit den Eltern zu vermeiden. Vor allem stationäre Aufenthalte der Kinder bergen hohe Risiken, wenn sie nicht mit einer intensiven Elternarbeit begleitet werden. Die Kinder werden zunächst aus dem Familienverband herausgenommen, was ihr Bindungssystem erheblich aktiviert. Im stationären Milieu treffen sie auf gleichfalls traumatisierte Kinder und Jugendliche, von denen sie pathologische Kompensationsstrategien wie z.B. selbstverletzendes Verhalten, Suchtmittelmissbrauch, Essstörungen etc. „lernen“ können. Manchmal kommt es zu Täter-Opfer-Reinszenierungen, die in ihrer Gewalttätigkeit der Herkunftsfamilie gleichen. Die Bindungsangebote zu den therapeutischen Fachkräften können die Extremstresserfahrungen kaum neutralisieren. Die Entlassung nach spätestens drei

Monaten bedeutet für das Kind einen Bindungsabbruch, also eine Retraumatisierung. Es wird dadurch die Überzeugung des bindungsbelasteten Kindes bestätigt, dass alle Beziehungen ohnehin nur temporär und unzuverlässig sind, dass es eine dauerhafte Sicherheit nicht geben kann. Wenn das Kind in einen unveränderten familiären Kontext zurückkehrt, werden die alten pathologischen Interaktionsmuster sofort wieder reaktiviert.

Zusammenfassung und Resümee

Die Qualität der frühen Bindungserfahrungen, d. h. die Fähigkeit der Eltern, den Säugling und das Kleinkind feinfühlig zu regulieren und verlässlich zu schützen, entscheidet darüber, ob ein Kind den genetisch festgelegten Möglichkeitsraum in seiner Entwicklung ausschöpfen kann. Psychisch kranke Eltern haben aufgrund ihrer bindungsbelasteten und traumatischen Biografie eine Psychopathologie entwickelt, die ihre Resonanzfähigkeit gegenüber den Kindern erheblich einschränkt.

Die medizinischen und pädagogischen Fachkräfte z. B. in den Frühen Hilfen, der Kinder- und Jugendhilfe, den Kitas und Schulen erhalten in ihren Ausbildungen nur wenig Informationen zu den Auswirkungen psychischer Erkrankungen auf die elterliche Erziehungskompetenz und die kindliche Bindungsentwicklung. Sie arbeiten auf der Grundlage des pädagogischen Prinzips „Hilfe zur Selbsthilfe“. Unter dem Begriff „Empowerment“ wollen sie die Eltern durch Beratung und Aufklärung befähigen, ihre Kinder eigenverantwortlich zu versorgen. Doch die Eltern sind durch ihre Mentalisierungsdefizite nicht in der Lage, sich selbst zu reflektieren oder sich in ihre Kinder einzufühlen.

Sie sind ihrer Bedürfnisperspektive verpflichtet, können ihre Defizite nicht wahrnehmen und empfinden sich als unschuldige Opfer widriger Umweltbedingungen. Ohne Problem- und Krankheitseinsicht übernehmen sie keine Verantwortung für ihr Erziehungshandeln oder ihre Gesundung. Unter Hilfe verstehen sie bedingungslose Versorgung und Entlastung sowie „Reparatur“ der Kinder, damit diese besser handhabbar sind oder sogar ihrerseits im Sinne der Parentifizierung die Regulierung der Eltern übernehmen können. Zielorientierte und hochstrukturierte Hilfen werden von den Eltern als Überforderung und Kontrolle wahrgenommen und abgelehnt. Spezifische Methoden zur Förderung der Eltern-Kind-Interaktion wie z. B. Babymassage und Videoverfahren stehen meist nicht in ausreichendem Maß zur Verfügung. Eine Betreuungskontinuität scheitert an Beziehungsabbrüchen und Spaltungsdyamiken bis hin zu der als „Hopping-Verhalten“ bekannten Wechselfynamik. Die Unwirksamkeit der Hilfeangebote führt zu einer zunehmenden Psychopathologie der Kinder. Es können durch aggressive Impulsdurchbrüche gekennzeichnete co-traumatisierende Interaktionsmuster zwischen den Kindern und ihren Eltern entstehen. Nach dem Scheitern einer konstruktiven Kooperation mit den Eltern werden von den Kitas und Schulen alarmierende Nachrichten an die Jugendämter weitergeleitet. Da die dortigen fallverantwortlichen Fachkräfte angesichts von Ressourcenknappheit und Qualifikationsdefiziten nicht über geeignete Bordmittel verfügen, um ausreichenden Einfluss ausüben zu können, werden die Kinder zunächst zur Diagnostik an die psychologischen oder kinderpsychiatrischen Institutionen weitergeleitet. Die langen Wartezeiten werden von den Eltern und Fachkräften als „Atempause“ nicht ungern in Kauf genommen. Doch

bedeutet dieses verzögerte Verfahren, dass für die Kinder eine wertvolle Entwicklungsphase verloren geht. Zudem erhalten die Kinder die Botschaft, dass sie und nicht ihre Eltern das „Problem“ sind. Wenn dann tatsächlich eine Diagnose gestellt ist, zeigt sich, dass die damit verbundenen therapeutischen Empfehlungen aufgrund mangelnder Therapieangebote oder unzureichender Kooperationsfähigkeit der Eltern nicht umsetzbar sind. Spätestens hier stellt sich die Frage einer Fremdunterbringung der vernachlässigen Kinder. Doch die Ressourcenknappheit der Kommunen, der Mangel an kompetenten psychiatrischen oder psychologischen Gutachtern, der Mangel an zur Verfügung stehenden Unterbringungsmöglichkeiten (Pflegeeltern, Wohngruppen etc.) und ein Rechtssystem, das die Elternrechte vor das Kindeswohl stellt, verhindern einen Eingriff in das elterliche Sorgerecht. Manchmal kommt es zu einem mehrfachen Wechsel der Aufenthalte der Kinder zwischen Eltern, Pflegeeltern, Wohngruppen und der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie mit den entsprechenden Loyalitätskonflikten und Bindungstraumatisierungen. Das „ratlose“ Jugendhilfesystem verleugnet schließlich den Handlungsbedarf und desensibilisiert sich gegenüber den „Bindungsschreien“ der Kinder. Kitas und Schulen erhalten eine dauerkompenatorische Funktion, die diese im Rahmen des Inklusionsparadigmas auch mithilfe von Integrationshelfenden kaum leisten können. Teilweise erzwingen die verhaltensauffälligen Schüler*innen so viel Aufmerksamkeit durch die Lehrpersonen, dass der Bildungserwerb im gesamten Klassenverband beeinträchtigt wird.

In der Adoleszenz suchen die bindungstraumatisierten Jugendlichen ihren Weg in die Autonomie der Erwachsenenidentität. Sie verfügen

aber nicht über ausreichende psychosoziale Ressourcen, so dass sie auf pathologische Überlebensstrategien wie Schulabsentismus, selbstverletzendes Verhalten, Essstörungen, Flucht in die virtuelle Welt des Internets, Suchtmittelmissbrauch etc. zurückgreifen müssen. Manchmal suchen sie Anschluss an Gruppen mit dissozialem Verhalten. Wenn ihre soziale Ängstlichkeit mit dem entsprechenden Verweigerungsverhalten so ausgeprägt ist, dass sie sich in keinen sozialen und institutionellen Rahmen mehr integrieren können, werden sie als „Systemsprenger“ bezeichnet. Bei Mädchen steigt das Risiko der Teenager-Schwangerschaft mit der transgenerationalen Weitergabe des Bindungstraumas. In den meisten Fällen ist die Erwerbsfähigkeit eingeschränkt, so dass die Beschäftigung im Niedriglohnsektor erfolgt oder die Versorgung im Jobcenter- oder Sozialhilfesystem notwendig wird.

Um diese tragisch verlaufenden „Hilfekarrieren“ in den Familien mit psychisch kranken Eltern zu verhindern, ist eine tabulose Analyse der personellen und materiellen Ressourcen, der Strukturen und der Handlungsstrategien in der psychosozialen Versorgungslandschaft unabdingbar. In den Curricula von Ausbildungen und Studiengängen sind Inhalte zu psychischen Erkrankungen und Kindeswohlgefährdung verbindlich zu verankern. Die Fachkräfte sollten die verlässliche Gelegenheit erhalten, im Rahmen von Supervisionen und Intervisionen das Fallverstehen zu verbessern, ihre Haltung zu reflektieren und Übertragungs-Gegenübertragungsdynamiken mit den entsprechenden Spaltungsvorgängen zu identifizieren. Denn nur wenn es der Fachkraft gelingt, über eine gute Nähe-Distanz-Regulierung eine vertrauensvolle Beziehung zu den Eltern aufzubauen, kann sie die Bindung zwischen den Eltern und ihren Kin-

dern fördern. Eine mechanische Begrenzung der Hilfen auf ein bis zwei Jahre wird dem chronischen Verlauf vieler psychischer Erkrankungen nicht gerecht. Ohne eine begleitende Psychotherapie wirken die Hilfen nur so lange, wie sie implementiert sind. Nach deren Beendigung stellt sich die ursprüngliche psychosoziale Funktionsbeeinträchtigung und damit die latente Kindeswohlgefährdung wieder ein.

Die Familien müssen ganzheitlich, also aus der Eltern- und Kinderperspektive wahrgenommen werden. Dazu ist eine transdisziplinäre Hilfeplanung erforderlich, die eine system- und rechtskreisübergreifende Vernetzung zur Voraussetzung hat. Datenschutzrechtliche Erwägungen dürfen einer interinstitutionellen Kooperation zum Wohle der Kinder nicht im Wege stehen. Um der damit einhergehenden Komplexitätserhöhung zu begegnen, kommt dem koordinierenden Case-Management eine überragende Bedeutung zu. Insbesondere die Kinder- und Jugendhilfe muss trotz unterschiedlicher Denk- und Handlungslogiken eine niedrigschwellige Kooperation mit der Erwachsenenpsychiatrie organisieren. Eine Fixierung auf die Psychopathologie der Kinder mit der Forderung nach einer verstärkten Verantwortungsübernahme durch die Kinder- und Jugendpsychiatrie wird den kausalen Zusammenhängen nicht gerecht. Ohne eine Verbesserung des Erziehungsverhaltens der Eltern ist mit einer Stabilisierung der Kinder nicht zu rechnen. Um die Kindeswohlgefährdung bei psychischer Vernachlässigung und emotionaler Gewalt erkennen und definieren zu können, ist ein kritischer Diskurs mit dem Gutachterwesen und dem Rechtssystem notwendig. Noch immer sind die rechtskräftigen Urteile zu Sorgerechtsfragen von personalen Zufälligkeiten abhängig. Zuletzt sind auch methodische Qualifizierun-

gen zu diskutieren. Beratungen, die ausschließlich auf sprachlicher Informationsvermittlung basieren, sind angesichts der Psychopathologie der Eltern unwirksam. Zudem nimmt der Anteil der Eltern mit Migrationshintergrund zu, die nur über ungenügende deutsche Sprachkenntnisse verfügen. Sie sind aufgrund ihrer kulturellen Prägungen psychodynamischen Überlegungen gegenüber weniger aufgeschlossen und reagieren vornehmlich auf praktische und entlastende Hilfestellungen. Es müssen also neben den mentalisierungsfördernden Strategien auch nonverbale Methoden zur Stressregulation wie Achtsamkeitsübungen, Meditationen, Yoga, Atemtechniken, Klopfttechniken etc. zur Anwendung kommen. Baby-massage oder videotestete Verfahren wie z.B. Marte Meo, entwicklungspsychologische Beratung, Steep oder Safe ermöglichen einen haptischen, visuellen und lösungsorientierten Zugangsweg zur Förderung der Eltern-Kind-Interaktion.

Trotz erheblicher materieller und personeller Ressourcenausweitung in der Kinder- und Jugendhilfe hat sich die Diskrepanz zwischen den Unterstützungsbedarfen in den Familien mit psychisch kranken, meist persönlichkeitsgestörten Eltern und den institutionellen Interventionsmöglichkeiten in den letzten Jahren weiter erhöht. So können die Erziehungsfähigkeit dieser Eltern nicht verbessert, kompensatorische Hilfen nicht in ausreichendem Maße geleistet und das Kindeswohl nicht gesichert werden. Erst wenn dieses sozialethische Dilemma sowohl in fachlichen wie in politischen Diskursen eine entsprechende Berücksichtigung findet, können Lösungen gefunden werden, die die Not der Kinder und die Ohnmacht der Fachkräfte gleichermaßen lindern und eine gesunde Persönlichkeitsentwicklung der Kinder ermöglichen.

Literatur

- Aarts, M., Aarts, J. (2023): Marte Meo: Möglichkeiten der alltäglichen Entwicklungsunterstützung. Verlag Herder
- Bauer, J. (2006): Warum ich fühle, was Du fühlst – Intuitive Kommunikation und das Geheimnis der Spiegelneurone. Hoffmann und Campe-Verlag
- Bohus M. (2019): Borderline-Störung. 2. vollständig überarbeitete Aufl. Göttingen. Hofgrefe Verlag
- Bowlby, J. (2006): Bindung. Ernst Reinhardt Verlag München
- Brisch, K. (2006): Bindungsstörungen – Grundlagen, Diagnostik und Konsequenzen für sozialpädagogisches Handeln. In Blickpunkt Jugendhilfe. Heft 2. 2022, 11–19
- Fonagy, P.; Bateman, A. W.; Luyten, P. (2012): Introduction and overview in Handbook of mentalization in mental health practice. Washington DC, London: American Psychiatric Publishing, 3–42
- Hemsoth, C. (2021): Traumatisierte Kinder in Schule und Unterricht – Wenn Kinder nicht wollen können. Verlag Julius Klinkhardt
- Hensel, T. (2020): Stressorbasierte Psychotherapie: Belastungssymptome wirksam transformieren – ein integrativer Ansatz. 2. erweiterte und aktualisierte Auflage. Kohlhammer
- Hofmann, A.; Besser, L. (2003): Psychotraumatologie bei Kindern und Jugendlichen. Grundlagen und Behandlungsmethoden in Karl-Heinz Brisch & Theodor Hellbrügge (Hg.), Bindung und Trauma – Risiken und Schutzfaktoren für die Entwicklung von Kindern, Stuttgart: Klett-Cotta, 172–202
- Kim, S. (2014): Mothers' unresolved trauma blunts amygdala response to infant stress. In social neuroscience, 9, 352–364
- Kühn, M. (2008): Wieso brauchen wir eine Traumpädagogik? Annäherung an einen neuen Begriff. In Schmid/Fegert (Hrsg.): Trauma und Gewalt. Forschung und Praxisfelder. Themenheft Traumpädagogik I. Stuttgart, 318–327
- Lenz, A. (2021): Ressourcen fördern – Mentalisierungsbasierte Interventionen bei Kindern psychisch kranker Eltern und ihren Familien. Hogrefe Verlag
- Sachsse, U (2004): Traumazentrierte Psychotherapie – Theorie, Klinik und Praxis, Schattauer
- Schultz-Venrath U. (2013): Lehrbuch Mentalisieren – Psychotherapien wirksam gestalten. Stuttgart. Klett-Cotta.
- Stierlin, H. (1989): Individuation und Familie, Suhrkamp
- Strathearn, L. (2011): Maternal neglect: Oxytocin, Dopamine and the Neurobiology of Attachment. In Neuroendocrinol., 11, 1054–1065
- Strüber, N. (2020): Risiko Kindheit. Die Entwicklung des Gehirns verstehen und Resilienz fördern. Klett-Cotta
- Tameling, R. (2018): Das Modell der Salutogenese von Aaron Antonovsky. Independently published
- Van der Hart O., Nijenhuis E., Steele K. (2008): Das verfolge Selbst. Paderborn. Junfermann Verlag.
- Vogt, R. (2012): Täterintakte: Diagnostische und therapeutische Behandlungsmodelle für dissoziative Strukturen. Assanger, R.
- Wagenblass, S., & Schone, R. (2001): Zwischen Psychiatrie und Jugendhilfe. Hilfe- und Unterstützungsangebote für Kinder psychisch kranker Eltern im Spannungsfeld der Disziplinen. In Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 50 (7), 580–592
- Ziegenhain, U., Derksen, B. (2006): Entwicklungspsychologische Beratung für junge Eltern: Grundlagen und Handlungskonzepte für die Jugendhilfe. Beltz Juventa



(Foto: © Pixabay)