

Multiinstitutionelle Kooperation bei Familien mit psychisch kranken Eltern



**TABUISIERUNG,
PERSPEKTIVENPLURALISMUS,
PROFESSIONELLE SPEZIALISIERUNG,
KOSTENDRUCK**

©HIPP

Hochkomplexer Hilfebedarf als multiinstitutionelle Herausforderung



- Kultur der Abgrenzung: keine strukturbasierte systemübergreifende Kooperation
- Unübersichtlichkeit der komplexen Problemstellungen
- Aufwendige Abgrenzungserfordernisse zwischen den Institutionen
- Hohe Differenzierung und Spezialisierung der Ausbildungswege
- Stigmatisierung/Tabuisierung der psychischen Störungen

Doppelte Tabuisierung



- Psychische Erkrankung
- Auswirkung auf die Erziehungskompetenz

Aus der Sicht der Eltern:



- Angst vor Stigmatisierung (Diskriminierung)
- Mobilisierung von Angst- Scham- und Schuldgefühlen
- Misstrauen gegenüber den Hilfsangeboten
- Angst vor Sorgerechtsentzug
- Fehlende Krankheitseinsicht: Sehnsucht nach Normalität (Selbstwert), Einschränkung der Selbstvergegenwärtigungsfähigkeit (Selbstreflexionsdefizite, Dissoziation, Wahn, Halluzination etc.)

Aus der Sicht der Kinder



- Loyalität zum kranken Elternteil
(Kommunikationsverbot des Familiengeheimnisses)
- Schuldgefühle (Verantwortungszuschreibung durch die Eltern)
- Hohes Verantwortungsbewusstsein bei der Versorgung (Parentifizierung, Partnerersatz)

Aus der Sicht der Mitarbeiter/innen der Jugendhilfe



- Geringe Kenntnisse über psychische Erkrankungen und ihre Auswirkung auf die Erziehungskompetenz
- Auslösung von Unsicherheiten und Vorurteilen (Dichotomie: normal/hochgefährlich; Überforderung; Verleugnung)
- Instabilität und Widersprüchlichkeit in den elterlichen Verhaltensweisen (Identifizierung mit gesundem Anteil)
- Angst vor heftigen Abwehrreaktionen der Eltern mit emotionalen Krisen oder nachfolgendem Kontaktabbruch (Kränkung)

Aus der Sicht der Psychiatrie



- Psychosoziale Funktionsbeeinträchtigung ohne Auswirkung auf die Erziehungskompetenz
- Vorurteile gegenüber dem Jugendamt (Kontaktvermeidung → selbsterfüllende Prophezeiung)
- Parteilichkeit zugunsten des psychisch kranken Elternteils (Ignorieren oder Funktionalisieren der Kinder)

Institutionelle Kooperationshindernisse



- Informationsproblem: geringes Wissen über Aufträge, Arbeitsweisen, Handlungslogiken, Problemlösungskompetenzen, Hilfsleistungsangebote der Kooperationspartner
- Erwartungsproblem: überzogene Erwartungen an die Leistungsfähigkeit des jeweils anderen Systems (Gefahr der Erwartungsenttäuschung und des Vertrauensverlustes)
- Finanzierungsproblem: Unterschiedliche Finanzierungsquellen und Anspruchsvoraussetzungen
- Intrakooperationsproblem: Tendenz zur Schließung der beteiligten Institutionen des psychiatrischen Versorgungsnetzes; berufsgruppenspezifische Konflikte
- Kommunikationsproblem mit dem Familiengericht als fachfremder, aber übergeordneter Entscheidungsinstanz (weite Ermessensspielräume)

Systemspezifischen Polarisierung (Spaltung):



- **Elternwohl/rechte** (Psychiatrie, Ignorieren, Funktionalisierung der Kinder)

Versus

- **Kindeswohl** (Kinder- und Jugendhilfe, Kinderschutz)

Institutionelle Voraussetzungen multiprofessioneller Arbeit im Traumakontext



- Haltung/Bewusstsein: Bedeutung des Themas (Gefährdung der Kinder); integrative Wahrnehmung der Familien- und Helfersysteme (Kooperation im Zentrum der Hilfeerbringung; Multiproblemfamilien sind Multiinstitutionsfamilien!)
- Auftragsklärung: Prävention (Förderung der Bindungsentwicklung im frühkindlichen Alter) und/oder Krisenintervention (Checklisten zur Kontrolle; Kinderschutz nach § 8 a SGB VIII); Ressourcen!
- Aufbau verbindlicher multiinstitutioneller, systemübergreifender Kooperationsstrukturen (Gesundheitswesen, Erwachsenen- Kinder- und Jugendpsychiatrie, Kinder- Jugendhilfe, Kita, Schule) mit Koordinationsfunktion
- Personen- und fallunabhängige Standardisierung
- Arbeit an einem gemeinsamen Fallverständnis: systemübergreifende Qualifizierung (Fähigkeit zum Perspektivwechsel)

Institutionelle Voraussetzungen multiprofessioneller Arbeit im Traumakontext



- **Frühe bindungsfördernde Hilfsangebote (Schwangerschaft!)**
 - Systemübergreifende Enttabuisierung (Hebammen, Gynäkologen, Geburtskliniken, Kinderärzte, Kinder- und Jugendhilfe)
 - Niedrigschwelliger Zugang zur Psychiatrie (Klärung der gegenseitigen Erwartungen) → Diagnostik, Zugang zu psychiatrischen Therapieangeboten
 - Spezifische Interventionen: Videomethoden
- **Niedrigschwellige, aufsuchende Zugangsvoraussetzungen (Gehstruktur)**
- **Betreuungskontinuität: Präventionsketten sind Bindungsketten (Case-Management, Lotsenfunktion)**
- **Langzeitstrategie der Hilfeerbringung im Sinne von Kompensation und Substitution von Ressourcen → „Hilfe zur Stabilisierung!“**

Institutionelle Voraussetzungen



- Gewährleistung eines geschützten Handlungsraums für die Professionellen (zur Stabilisierung des Mentalisierungsniveaus):
 - hierarchische Absicherung
 - Qualifizierung (Selbstwirksamkeit)
 - Supervision und Intervision mit Übertragungsanalyse :
Aufdeckung von Beziehungsfallen, Identifizierung von dysfunktionalen Coping-Strategien
 - Selbstfürsorge: Achtsamkeit zur Prävention der „sekundären Traumatisierung“

Bedeutung der Psychotherapie



- Hochschwelligkeit (Voraussetzung hohe Motivation und ausreichende Mentalisierung, Krankheitseinsicht)
- lange (stationäre plus ambulante) Behandlungsdauer bis Auswirkung auf Beziehungsfähigkeit (Mentalisierung)
- Spaltungs- und Vermeidungstendenz bei Traumatisierten (Hoppingverhalten)

Multiinstitutionelle Kooperationsvereinbarung im Kreis Mettmann



- Frühe Enttabuisierung und Diagnostik (z.B. durch SpDi)
- Initiale Schweigepflichtentbindung
- Tandemlösung: Familienhilfe plus ambulant betreutes Wohnen (regelmäßige Treffen)
- Videogestützte Verbesserung der Feinfühligkeit in den ersten Lebensjahren (Marte Meo)
- KIPKEL: Präventionsangebot für ältere Kinder (Information, Förderung der Selbstkenntnis, Bearbeiten der Schuldgefühle, Partizipation, Patenschaften, soziale Integration)
- Therapie: Medikamente (Schlafregulation), und/oder Psychotherapie (DBT, traumaspezifische Therapien, Familientherapie)

Grenzen der Hilfeerbringung



KINDESWOHLGEFÄHRDUNG

Kontext der Hilfeerbringung



- Probleminkongruenz (fehlende Krankheitseinsicht): Defizite werden verleugnet oder nicht wahrgenommen
- Ohne Hilfeziel keine Hilfeakzeptanz (Lösungsweg, Kooperationsfähigkeit)
- Misstrauische Grundhaltung mit Spaltungsprozessen: Hilfekontinuität (evtl. Hoppingverhalten)
- Täter-Opfer-Reinszenierungen: Abhängigkeit von gewalttätigen Partnern

Dominanz katastrophischer Reflexmuster



- Angriffsmodus mit wiederholter Gewalt
- Flucht: Vernachlässigung des Kindes, Weglaufen
- Dissoziation: Kontaktabbruch zu Kind (Schwangerschaft!)

Mentalisierungsdefizit mit Persistenz prämentaler Zustände auch nach Entlastung



- Hohe Wahrnehmungsschwelle für die kindlichen Signale
- Fehlende Feinfühligkeit (Äquivalenzmodus)
- Unzureichende Responsivität: schwere Antriebsstörung (Depression, Schizophrenie)
- Auflösung der Generationsgrenzen: Feindseligkeit gegen das „böse“ Kind (Täterübertragung, Sündenbockfunktion), Vernachlässigung, Überforderung (Parentifizierung)

Identitätsfragmentierung



- Fehlen eines integrierenden erwachsenen Persönlichkeitsanteils (Meta-Position)
- Unkontrollierbarer Wechsel zwischen den traumatisierten emotionalen Anteilen (Angst, Wut, Dissoziation)
- Exzessiver Einsatz von pathologischen Coping-Strategien: Selbstverletzung, Internetmissbrauch, Drogen- Alkoholmissbrauch etc.
- Dissozialität: Delinquenz, Gewalt, sexueller Missbrauch
- Aufgehobene Lernfähigkeit (Wiederholungstendenz)

Psychotischer Realitätsverlust (Schizophrenie, Manie, Depression)



- **Wahn:**
 - Schizophrenie: Beziehungs-Verfolgungswahn
 - Manie: Größenwahn
 - Depression: Schuld-Verarmungswahn (Cave erweiterter Suizid!)
- **Halluzination:**
 - Schizophrenie: Akustische, olfaktorische Halluzinationen
 - Organische Psychosen (Alkohol, Drogen): optische Halluzinationen