

Jugendhilfe unter besonderen Bedingungen: die Klienten sind anders

Strukturmerkmale psychischer Störungen:

- Vulnerabilität (Verletzlichkeit) gegenüber psychosozialem Stress (Überforderung) → Angst (Misstrauen, Schamgefühle, Hilflosigkeit) als Indikatoren der Strukturschwäche und Mediator der psychischen Dekompensation
- Regression auf archaische Wahrnehmungs-Handlungsreflexe (Kontrollverlust): Angriff (Kampf) – Flucht (Vermeidung) – Erstarrung (Dissoziation)
- Symptomentwicklung: Störung der Realitätswahrnehmung (Wahn, Halluzination, Dissoziation etc.), Selbstverletzendes Verhalten, affektive Syndrome etc.
- Identitätswechsel: Erwachsenenanteil, traumatisierte Anteile
- Passive, vermeidende Bewältigungsstrategien (Coping): Angst, Schamgefühl (Stigma), Schuldgefühle (Selbstwert), Hilflosigkeit, Schutz vor Überforderungen und Triggersituationen

Vermeidungsverhalten (Flucht)

- Schulabsentismus, Abbruch von Ausbildungen
- Missbrauch von Suchtmitteln
- Rückzug in die virtuelle Welt des Internets
- Verleugnung der Probleme (Post)
- Sozialer Isolierung (Verstecken in der Wohnung)
- Selbstverletzendes Verhalten, Suizid
- Unzuverlässigkeit bei Terminen und Absprachen (Vorwände, „Missverständnisse“, Pseudologia fantastica)
- Ablehnung von Hilfe- und Therapieangeboten (Gleichsetzen von Hilfe und Kontrolle, fehlende Krankheitseinsicht)
- Gut-Böse-Dichotomie (Spaltung): Ärzte (Therapeuten)-Hopping, Institutionshopping (Kindergärten, Schule etc.), Wohnortswechsel

Familienstrukturen (Partnerwahl)

- Primärfamilie: Ambivalenzkonflikt zwischen Abhängigkeit und Autonomie (Täterkontakt)
- Versorgungsgemeinschaft (Aufopferungsschema des Partners)
- Täter-Opfer-Reinszenierung
- Opfer-Opfer-Symbiose

Auflösung der Generationsgrenzen

„Gespenster im Kinderzimmer“

- Negative Repräsentation der eigenen Mütterlichkeit: Verlust des Glaubens an die eigenen intuitiven Fähigkeiten → Hoher Angstpegel, Hilflosigkeit, Unverständnis gegenüber den kindlichen Verhaltensweisen
- Negative Repräsentation vom Kind: Wahrnehmung des Kindes als Erwachsener mit Dämonisierung als „kleines Monster“ (evtl. Gleichsetzung mit „bösen“ Männern in der Vorgeschichte wie z.B. Vater des Kindes); Sündenbockfunktion, Beziehungsgestaltung als „Kampf“
- Geschwisterrivalität, Funktionalisierung des Kindes zur Befriedigung der eigenen Bedürfnisse (Versorgungsansprüche, Parentifizierung)

Bindungsverhalten des Kindes führt bei der traumatisierten Mutter

zu:

- Vermeiden körperlicher Nähe (Gleichsetzung von Intimität und Gefahr)
- Entwicklung dissoziativer (tranceartiger) Zustände: z.B. Unaufmerksamkeiten, „Freezing“, Amnesien
- Intrusive Gedanken und Bilder (Flashbacks)
- Gleichzeitig ängstlich-erschrockenes und ängstigend-erschreckendes Verhalten (aggressive, Abwehrreaktionen)

Beeinträchtigung des psychosozialen Funktionsniveaus

(Multiproblemmkonstellation)

- Desorganisation: chaotischer Umgang mit Zeit und Geld, Verwahrlosung, Vermüllung
- Kooperationsprobleme mit Behörden (mangelnde Verlässlichkeit und Absprachefähigkeit, Verletzung der Mitwirkungspflicht)
- Konflikte mit dem sozialen Umfeld (Vereinsamung; Trennung/Scheidung der Eltern, allein erziehende Mütter)
- Sozialer Abstieg (Arbeitslosigkeit, Erwerbsunfähigkeit, Armut) → Stigmatisierung (Schamgefühle)
- Beeinträchtigung der Erziehungsfähigkeit (inkonsistenter Erziehungsstil) Beeinträchtigung der Vorbildfunktion (Regeln, Grenzen, Werte, Selbstkontrolle, Interessen, Anstrengung)

Tabuisierung der psychischen Erkrankung und deren Auswirkung auf die Erziehungskompetenz

Aus der Sicht der Eltern:

- Angst vor Stigmatisierung
- Mobilisierung von Scham und Schuldgefühlen
- Misstrauen gegenüber Hilfsangeboten
- Angst vor Sorgerechtsentzug
- Fehlende Krankheitseinsicht

Aus der Sicht der Mitarbeiter/innen der Kinder- und Jugendhilfe:

- geringe Kenntnisse über psychische Erkrankungen und ihre Auswirkungen auf die Erziehungskompetenz
- Auslösung von Unsicherheiten und Vorurteilen
- Angst vor heftigen Abwehrreaktionen der Eltern mit emotionalen Krisen oder nachfolgendem Kontaktabbruch

Aus der Sicht der Mitarbeiter/innen der Psychiatrie:

- Vorurteile gegenüber dem Jugendamt (Kontaktvermeidung)
- Parteilichkeit zugunsten der psychisch kranken Erwachsenen (Ignorieren oder Funktionalisieren der Kinder)

Aus der Sicht der Kinder:

- Loyalität zum kranken Elternteil (Kommunikationsverbot des Familiengeheimnisses)
- Hohes Verantwortungsbewusstsein (Parentifizierung)

Ambivalenzkonflikte

Autonomie (Erwachsenenstatus, Respekt, Selbstbestimmungsrecht, Partizipation, Verantwortungsübernahme, Rivalität mit Helfer um die Elternfunktion)

versus

Abhängigkeit (Kindstatus, Versorgungswünsche, Bedürfnisorientierung, Ressourcendefizite, Helfer als nährer Elternteil, Rivalität mit Kind um Aufmerksamkeit)

Opfer-Täter-Ambivalenz

Opferperspektive (nach Vernachlässigung, Gewalt, sexuellem Missbrauch, Armut in der Primärfamilie, Diskriminierung) bei erkranktem Elternteil:

- Vorwurfshaltung gegenüber den eigenen Eltern, schlechter Schule, feindseligen Nachbarn, untreuen Ehepartnern, Armut, zu kleine Wohnung, fordernden Behörden etc.
- Versorgungsansprüche gegenüber der Gesellschaft und der eigenen Familie
- Geringe Selbstwirksamkeits- und Selbstkontrollüberzeugungen (Hilflosigkeit)
- Fehlende Verantwortungsübernahme für das eigene Handeln
- Verleugnen der Eigenanteile an den Problemen
- Blockade von Lernfortschritten (problematische Verhaltensweisen gegenüber den Kindern)
- Geringe Therapie- und Veränderungsmotivation

versus

Täterperspektive

- Vernachlässigung
- Inkonsistentes Erziehungsverhalten
- Emotionale Misshandlung
- Gewalt

Institutionelle Ambivalenz

Hilfe durch Vertrauen, Nähe, Verständnis, Geduld, Ressourcenorientierung

versus

Kontrolle mit der Bereitschaft zu Distanz, Kritik, Defizitanalyse, raschen Interventionen (Zeitdruck!) und Sanktionen

Freiwilligkeit (Erziehungshilfen, Therapie etc.)

versus

Zwang (z.B. gerichtliche Auflagen)

Systemspezifische Polarisierung

Elternwohl/rechte (Psychiatrie)

versus

Kindeswohl (Kinder- und Jugendhilfe)

Unbefriedigende Wirksamkeitsnachweise von Jugendhilfemaßnahmen

- Einflussnahme auf Mutter-Kind-Interaktionen im ersten Lebensjahr
- Lernfähigkeit von Eltern nach unverarbeitetem Trauma
- Fremdunterbringung der Kinder (Rettung versus Traumatisierung)

Multiinstitutionelle Hilfeerbringung

- Frühe Enttabuisierung, Diagnostik, Intervention (Frühwarnsysteme, Einbeziehung der Hebammen, öffentliches Gesundheitswesen)
- Implementierung eines integrierenden, Struktur, Versorgung und Sicherheit bietenden Rahmens (sichere Basis) → Familienhilfe, ambulant betreutes Wohnen
- Aufbau konstanter, Vertrauen schaffender Beziehungen bei Aufrechterhaltung kritischer Distanz (Case Management)
- Aktivierung (Erfahrung der Selbstwirksamkeit beim Problemlösen) und Kompensation (z.B. der Vulnerabilität) in der Langzeitperspektive
- Videogestützte Verbesserung der Feinfühligkeit im ersten Lebensjahr (z.B. Marte Meo)
- Therapie: Medikamentöse Symptomsuppression, selten Psychotherapie (Traumatherapie)