

Zeitschrift: Publikationen der Arbeitsgruppe für Kriminologie

Herausgeber: Schweizerisches Nationalkomitee für geistige Gesundheit ; Arbeitsgruppe für Kriminologie

Band: - (1985)

Artikel: Vernachlässigte Kinder : Kinder ohne Hilfe

Autor: Bettschart, Walter

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-1051017>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 12.01.2026

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Vernachlässigte Kinder — Kinder ohne Hilfe

Walter Bettschart

Prof. Dr. med., Service Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent, Service Médico-Pédagogique Vaudois, Avenue de la Chablière 5, 1004 Lausanne

Die physische, affektive und intellektuelle Vernachlässigung des Kindes ist, ausser in schwersten Fällen, keine strafbare Handlung im Sinne des Strafrechtes. Meine Ausführungen haben daher mehr präventiven Charakter. Gerade aus der Gruppe der vernachlässigten Kinder entwickelt sich ein grosser Teil psychisch gestörter Erwachsener sowie kindlicher und jugendlicher Delinquenten. Immer wieder tauchen in der Geschichte dieser Kinder und Jugendlichen bei den Gerichtsverhandlungen die Stichworte auf: "Unerwünschte Schwangerschaft; von der Mutter nicht geliebt; vom Vater nicht angenommen; in Heimen aufgezogen; in der Schule missachtet; die Eltern hatten zu wenig Zeit; sich selbst überlassen".

Die Vernachlässigung des Kindes und des Jugendlichen durch die Eltern oder Erzieher ist nicht auf eine *Tat* zurückzuführen, sondern auf eine *Haltung*. Es handelt sich ja nicht um einzelne Ereignisse, sondern um eine langdauernde, fehlende Interaktion zwischen dem Kind und den verantwortlichen Betreuern. Bei der Misshandlung haben wir es mit einer *Tätigkeit*, bei der Vernachlässigung aber mit einer *Unterlassung* zu tun. Dabei spielt die Dauer eine wesentliche Rolle. Die Vernachlässigung ist nicht nur mangelnde Sorge um das psychische oder körperliche Wohlergehen des Kindes, sondern auch das Fehlen, den Bedürfnissen des Kindes Rechnung zu tragen und ihm die nötige Stimulation ("enrichment" der anglosächsischen Autoren) zu geben. Es handelt sich fast immer um ein affektives, gelegentlich auch intellektuelles Unvermögen der Eltern, die für die Entwicklung und Entfaltung des Kindes notwendigen Objektbeziehungen herzustellen.

Die Vernachlässigung von Kindern ist vermutlich so alt wie die menschliche Geschichte. Sie betraf vor allem schwache,

gebrechliche und behinderte Kinder, sofern man sie nicht tötete oder passiv dem Tod überliess. Heute ist die Vernachlässigung eine universelle Erscheinung: diskret in unseren sogenannten Wohlfahrtstaaten, massiv dramatisch, wie es täglich in den Zeitungen steht, in der Dritten Welt: Tod und Krankheit durch Unterernährung infolge Krieg oder natürlichen Katastrophen, Analphabetismus, mangelnde soziale und medizinische Hilfe, kulturelle Armut. Wie wir noch sehen werden, ist die soziale Unterschicht schwerer betroffen als die Mittel- und Oberschicht.

Gegenüber der Misshandlung und dem Missbrauch der Kinder ist die Vernachlässigung eine diskrete Erscheinung. Aus verschiedenen Gründen ist die Prävalenz im epidemiologischen Sinne (Anzahl der Fälle) bedeutend höher als die Inzidenz (Anzahl der neuen, bekannten Fälle). Dies liegt in der Natur der Dinge. Die Kinder und Eltern dieser Familien suchen kaum spontan Hilfe. Die Vernachlässigung, soweit sie entdeckt wird, erscheint oft als Zufallsbefund etwa bei Schulversagen, Schulschwänzen, mangelnder körperlicher und intellektueller Entwicklung und rezidivierenden Krankheiten. Der Anlass zur Intervention in diesen Familien ist nicht die Vernachlässigung, sondern ein medizinisches oder soziales Symptom. Die Kluft zwischen dem manifesten Symptom, das zur Konsultation führt, zum Beispiel Diebstahl oder andere Formen von Verhaltensstörungen und der Vernachlässigung, ist auch in therapeutischer Hinsicht ein grosses Hindernis. Wer will sich denn schon für etwas betreuen oder behandeln lassen, das ausserhalb seines Leides steht. Der Patient will, soweit ein Krankheitsgefühl besteht, von seinem Symptom befreit werden. Es besteht daher ein grundlegendes *Missverständnis* zwischen der Familie, die Symptomfreiheit verlangt, und dem Kinderpsychiater, welcher die Vernachlässigung in seinen Therapieplan einbeziehen will. Dazu kommt, dass gerade diese Familien nur unter einem gewissen Druck der Schule, der Sozialdienste, des Haus- oder Kinderarztes in die kinderpsychiatrische Sprechstunde kommen. Die therapeutische Technik wird von diesen grundlegenden Gegebenheiten ausgehen müssen.

Die Schwierigkeit, einen Überblick über die Anzahl und die Art der Vernachlässigung zu erhalten, liegt auch an der Viel-

zahl der privaten und öffentlichen Dienste, die sich um solche Familien kümmern. Alle diese Dienste (das Wort "Dienst" ist ja auch schon ein administrativer Begriff geworden und hat seinen ursprünglichen Sinn "im Dienste von" zum Teil verloren) arbeiten häufig ohne Koordination, gelegentlich in gegenseitiger Rivalität. Wenn wir die mangelnde Beziehung in den Familien der vernachlässigten Kinder als einen wesentlichen Faktor betrachten, so können wir das gleiche auf dem Gebiet der institutionellen Beziehungen feststellen, die sich um diese Familien kümmern. Die Analyse dieser Erscheinungen, aber auch die Therapie der pathologischen Beziehungen zwischen den Institutionen ist ausserordentlich komplex. Es ist indessen offensichtlich, dass keine einzelne Institution (kinderpsychiatrischer Dienst, pädiatrischer Dienst, sozialpsychiatrischer Dienst, Jugendamt usw.) sich wirkungsvoll um diese Familien kümmern, noch ein kohärentes Präventionsprogramm entwickeln kann. Eine moderne Konzeption der Hilfe für die vernachlässigten Kinder bedingt, dass die verschiedenen sozialen, sozialpsychiatrischen und psychiatrischen Dienste auf ihren Narzismus verzichten. Es ist notwendig, ad hoc interinstitutionelle Equipen zu bilden, die den Bedürfnissen der Kinder und ihrer Familien entsprechen, nicht dem Selbstverständnis des bestimmten Dienstes. Der Zeit- und Energieaufwand zur Therapie der vernachlässigten Kinder und ihrer Familien ist sehr gross. Wir können besonders während des notwendigen therapeutischen Einsatzes ermessen, was diesen Familien fehlt: Es handelt sich um ein Unvermögen, ihre Fähigkeiten im Alltag, in den zwischenmenschlichen Beziehungen einzusetzen.

Um unsere präventiven und therapeutischen Massnahmen besser überprüfen zu können, müssen wir deren Einfluss objektiv und strikt wissenschaftlich überprüfen. Ein besseres Verständnis der dynamischen Faktoren innerhalb der Familien vernachlässigter Kinder ist notwendig sowie die wissenschaftliche Erforschung der Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen sozialen und psychiatrischen Diensten. Es wird auch notwendig sein, nicht nur Forschungsprogramme für die aktuelle Situationsuntersuchung zu entwickeln, sondern auch *prospektive, longitudinale Untersuchungen* aufzustellen. Klinische und theoretische Forschung ist nicht nur nötig für das bessere Verständnis

und die wirkungsvollere Therapie, sondern sie hilft uns auch, unsere spontanen affektiven Reaktionen, die im Umgang mit den vernachlässigten Kindern und ihren Familien häufig auftreten, besser zu meistern. Die Hilflosigkeit der Kinder und ihrer Eltern überträgt sich oft auf das therapeutische Team, in dem wir Entmutigung antreffen, häufig Ärger, Zorn, Verurteilung, als Folge einer schweren Frustrierung, da häufig trotz grossen persönlichen, zeitlichen und finanziellen Aufwandes die Erfolge klein oder null erscheinen.

Es ist uns nicht möglich, hier auf alle Formen der kindlichen Vernachlässigung einzugehen, die auf recht verschiedenen Ursachen beruhen und dementsprechend einen therapeutisch differenzierten Zugang verlangen. Der Wichtigkeit halber wollen wir drei Situationen skizzieren:

1) Die schwere Vernachlässigung von Neugeborenen durch *psychische Störungen der Mutter nach der Geburt*: Der mangelnde Austausch und die aktive Rückweisung des Kleinkindes durch die Mutter während Monaten führt zu Störungen in der Entwicklung und zu psychischen Erkrankungen des Kindes. Die frühe Erfassung ist heute noch ungenügend: Die Therapie verlangt eine dringende und intensive Behandlung von Mutter-Kind, soweit möglich auch des Vaters, Behandlung, die entweder zu Hause oder in der Klinik (Hospitalisierung von Mutter und Kind) durchgeführt werden muss (M.H. Klaus und J.H. Kennell; L. Kreisler; M. Jonquière. Literatur betreffend die Kompetenz des Kleinkindes: E.T. Brazelton; H. Montagnier).

2) *Die Heimverwahrlosung*: Sie betrifft vor allem behinderte Kinder, die einen grossen Einsatz von Personal erfordern. Viele Erscheinungen, die früher als typische, psycho-pathologische Symptome beschrieben worden sind, sind in Wirklichkeit die Folgen ungenügender Stimulierung und weitgehenden Mangels zwischenmenschlicher Beziehungen. Leider hat die Spezialisierung, die nicht nur die Medizin, sondern auch die verschiedenen Bereiche der Heilpädagogik betrifft, nur zum Teil dieses Problem behoben. In einem gewissen Sinne hat die differenzierte Ausbildung und hohe Spezialisierung dieses Problem noch verschärft. Im allgemeinen haben wir keine Schwierig-

keiten, Mitarbeiter in Spezialgebieten wie Logopädie, Psychomotorik usw. zu finden. Es ist indessen viel schwieriger, Erzieherinnen und Erzieher an Heime zu binden, die den Kindern durch eine konstante Beziehung die notwendige Sicherheit und Geborgenheit geben, auf der sie ihre eigene psychische Entwicklung aufbauen können. Der Spezialist ist höher geschätzt als der Generalist und es ist leichter, finanzielle Mittel zu erhalten, um einen spezialisierten Heilpädagogen oder einen Spezialarzt einzustellen, als eine Person, die eben nichts anderes tut als "erziehen". So wie die erzieherische Aufgabe der Eltern, besonders der Mutter, immer weniger soziale und ideelle Bedeutung hat, so ist auch in den Heimen der Stellenwert der Erzieher gegenüber den anderen Spezialisten, die meist Universitätsausbildung haben, zum Nachteil des Behinderten zurückgegangen.

3) Als drittes möchte ich kurz das Problem der *Scheidung* streifen: Die Anzahl der Scheidungen nimmt in der Schweiz ständig zu, die Scheidung ist praktisch normal geworden. Es scheint mir indessen, dass die Probleme der Scheidungskinder heute ebensowenig gelöst sind, wie vor zwanzig oder dreissig Jahren. Den Bedürfnissen der Kinder wird kaum Rechnung getragen. Die Scheidung ist ja nicht die Folge eines Konfliktes mit Kindern, sondern ein Konflikt zwischen den Eltern, den die Kinder mehr oder weniger passiv erleben. Wie wird bei den Scheidungen den Bedürfnissen und den Wünschen der Kinder Rechnung getragen? Vor allem wird vom Recht der Eltern gesprochen, während Jahren vom Recht der Mutter, nun auch immer mehr vom Recht des Vaters. Wer verteidigt die Rechte der Kinder? Die Scheidung ist selten ein Ende des inneren Konfliktes zwischen den Eltern. Dieser wird häufig nach der rechtlichen Prozedur via Kinder ausgetragen. Auch hier ist ein grosses Feld ungelöster Fragen offen, die eine grosse Anzahl psychisch vernachlässigter Kinder betreffen.

Die folgenden Ausführungen gehen nun mehr auf die sozialschichtenspezifischen Probleme ein. Vernachlässigte Kinder befinden sich in allen sozialen Schichten, besonders aber in den beiden extremen, der sozialbenachteiligten Unterschicht und in der Sozialoberschicht. Wir haben es mit einer Armuts-

verwahrlosung oder einer Luxusverwahrlosung zu tun. Man kann sich vorstellen, dass wenigstens ein Mechanismus dieser beiden Sozialgruppen der gleiche ist: das Unvermögen, die Kinder affektiv genügend zu bereichern. Vielleicht ist auch für beide sozialen Schichten der psychodynamische Hintergrund ähnlich: In beiden Schichten müssen die Eltern ungeheure Energie für ihre materielle Situation aufbringen, in der oberen sozialen Schicht um die Stellung, den Sozialstatus zu bewahren, in der unteren sozialen Schicht um das Notwendigste aufzubringen. Es bleibt dann wenig Zeit und Energie für die Kinder und ihre affektiven Bedürfnisse übrig.

Wenn wir von den begüterten Familien sprechen, so müssen wir das "Syndrom der alleingelassenen Jugend" erwähnen. Die Kinder haben alles, oder viel materiell Wünschenswertes zur Verfügung: Spielzeuge, technische Apparate, Gadgets, ein Zimmer und, wenn es gut geht, Villa mit Garten, Schwimmbad usw. Auch kulturell und schulisch sind sie nicht vernachlässigt: Nachhilfestunden, Musikstunden, Tanzstunden, und alles was man sich so vorstellen kann. Man spricht von materiellen Kompensationshandlungen der Eltern, die mit den Kindern weder ihre Zeit noch ihre Gefühle teilen. Der Begriff der materiellen Kompensation mangelnder affektiver Beziehungen scheint mir der psychischen Situation des Kindes nicht genügend Rechnung zu tragen. Kompensation will an sich besagen, dass das Kind etwas erhält, dass es an etwas, was den Eltern gehört, teilnimmt, wenn es auch nur materielle Werte sind. Zwischen Eltern und Kind würde in diesem Sinne wenigstens eine gewisse Beziehung bestehen, allerdings eine Beziehung über Zwischenobjekte, aber immerhin eine Beziehung. Im Grunde scheint mir die Situation viel tragischer zu sein. Die materielle Verwöhnung wird als Zurückweisung, als Ablehnung und als mangelnde Anteilnahme empfunden. Was dem Kind geboten wird, hat nur den einen Sinn: "Ich gebe dir das, und du lässt mich in Ruhe". Das Kind ist allein gelassen. "Was willst du mich jetzt stören, was willst du von mir, du hast ja alles!" Es handelt sich infolgedessen nicht um einen Ersatz, um eine materielle Entschädigung für einen mangelnden affektiven Austausch mit den Eltern, sondern um die Schaffung einer Situation, in der das Kind weder affektiv noch materiell an

etwas, was den Eltern gehört, teilnimmt. Das Kind wird in eine passive Haltung hineingezwängt, es ist allein mit seinen Gefühlen und seinen Wünschen.

Ein kurzes Beispiel:

Ein dreizehnjähriger Knabe aus sehr begüterter Familie leidet an einer schweren depressiven Reaktion nach seinem Geburtstag. Er erklärt mit viel Mühe, dass er kein Geschenk erhalten habe. Die Eltern hätten ihm erklärt, er habe ja schon alles: eine liebe Familie, ein Schwimmbad, und dieses Jahr wurde sogar ein Schiff gekauft. Den Eltern war die Depression, die der Jugendliche nach seinem Geburtstag machte, vollkommen unverständlich. Sie haben Schwierigkeiten zu begreifen, dass der Knabe mit seinen Wünschen und seinen Bedürfnissen allein gelassen ist. Der unerfüllte Geburtstagswunsch stellt nur ein Symbol dar, dass dem Knaben nichts wirklich gehört; alles was da ist, gehört den Eltern. Da dem Knaben nichts gehört, kann er auch nichts teilen. Seine Spielsachen, sein Zimmer gehören nicht ihm, sondern stehen ihm nur zur Verfügung, dazu unter der Bedingung, dass er die Eltern mit seinen Ideen, seinen Wünschen nicht stört, dass er nichts von ihnen verlangt. Klinisch haben wir es mit einem pubertierenden Knaben zu tun, welcher unter einer schweren Identitätskrise leidet und seinen aggressiven Gefühlen unmöglich Ausdruck verleihen kann. Wie in allen Depressionen beschuldigt er sich als schlecht und undankbar. Die Aggression kann nur indirekt gezeigt werden: Während Jahren war er der beste Schüler seiner Klasse. Nun bringt er so schlechte Noten nach Hause, dass ein Verbleiben auf der Oberstufe in Frage gestellt ist. Der schwere Konflikt, welcher nun zwischen Sohn und Vater ausbricht, bezieht sich jetzt auf die Schulleistungen, ohne irgendwie die Vater-Kind-Beziehung zu berühren. Wir haben es offensichtlich um eine unbewusste Verleugnung des Problems zu tun. Erst in einer längeren Psychotherapie kann der Jugendliche die indirekte Aggression des Vaters mit seinen schlechten Schulleistungen erklären. Er wird sich bewusst, wie er sich ausgestossen fühlt. Allmählich begreift er auch, dass es ihm unmöglich war, mit den Eltern, besonders mit dem Vater, in Kontakt zu treten und sich zu erlauben, eine eigene Identität zu besitzen.

Soweit ich überblicken kann, befinden sich in den sozialen Randgruppen verhältnismässig viele Jugendliche aus der oberen sozialen Schicht. Vernachlässigte Kinder, welche nie eine Identität aufbauen konnten, sondern nur diejenige ihrer Eltern respektieren mussten; vernachlässigte Jugendliche, die nie ihren Wünschen Ausdruck geben konnten, die weder auf aggressive noch auf liebende Gefühle eine andere Antwort erhielten als "Du hast ja alles, lass' mich in Ruhe!". Leider bestehen bis jetzt kaum objektive Studien über die Jugendlichen der sogenannten "autonomen Zentren". Die Debatten wurden und werden mehr von passionierten und ideologisch orientierten Erwachsenen geführt, als aufgrund wissenschaftlicher Untersuchungen auf mitfühlenden Gesprächen mit Jugendlichen, die darauf eingehen, was den Jugendlichen *fehlt*. Ich sage absichtlich nicht "was die Jugendlichen *wollen*", denn sie können es ja nicht wissen. Es handelt sich um einen Mangel; ihr Wollen, ihre Wünsche sind nie in Betracht gezogen worden und in der Vernachlässigung, wie wir sie oben beschrieben haben, gibt es nur Mangel und Fehlendes (D.E. Winnicott). Man hat noch nie so viel für die Kinder und Jugendlichen getan wie in unseren Wohlfahrtsstaaten, indessen ohne auf die Wünsche und Bedürfnisse der Jugendlichen einzugehen. Meist definieren die Erwachsenen, was die Kinder und Jugendlichen notwendig haben. Kinder und besonders Jugendliche sollten aber aktiv an der Gestaltung ihres Lebens und ihrer Umwelt teilnehmen können. Es erscheint mir grundlegend, dass die Jugendlichen ihre Wünsche und Bedürfnisse ausdrücken können, ohne sich als aggressiv zu fühlen.

Wenn wir uns nun der Vernachlässigung in den sozialen Unterschichten zuwenden, so müssen wir zunächst ein depressives Syndrom beschreiben, das wir immer wieder antreffen und das sowohl ein einzelnes Familienmitglied als auch die Haltung der ganzen Familie charakterisiert. Die Familien sind meist durch Hoffnungslosigkeit (hopelessness) geprägt. Es zeichnen sich wenig Möglichkeiten ab, weder beruflich noch familiär, aus den Schwierigkeiten herauszukommen. Warum könnte sich etwas ändern? Die Familie fühlt sich allein, Hilfe wird keine erwartet und sich selber helfen scheint noch viel unmöglich (helplessness). Die Eltern haben schon in ihren Familien so

gelebt und die meisten denken, dass auch ihre Kinder trotz aller Hoffnung, vielleicht mit einigen Ausnahmen, ebenso weiterleben werden. Die Familie zeigt sich in dieser Situation wie der depressive Kranke: Er hat aufgegeben zu kämpfen, er sieht alles grau und monoton (given up Syndrom). Folgendes Beispiel kann diese Situation deutlich machen:

Eine Sozialarbeiterin unseres Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes machte während ihrer Tätigkeit in der "Quart-Monde" die Bekanntschaft von Frau Chappuis. Die Aufgabe der Sozialarbeiterin bestand nicht in einer Früherfassung gestörter Kinder. Unsere Mitarbeiterin fühlte sich eher als Vertrauensperson, die beratend einer Selbsthilfegruppe beistand. Frau Chappuis sprach häufig von ihrem Sohn Steve, ohne eine bestimmte Hilfe zu verlangen. Eine Konsultation in unserem Dienst fand erst statt, als die Mutter davon sprach, ihren fünfjährigen Sohn, der schwere Verhaltensstörungen aufwies, in ein Heim zu geben.

Die Mutter von Steve (siehe Stammbaum) kommt aus einer schwer vernachlässigten Familie. Ihr Vater wird als harter und autoritärer Alkoholiker beschrieben, der selber eine ausserordentlich schwierige Jugend hatte. Die Mutter machte sich wenig aus dem Haushalt, sie litt unter Depressionen und vernachlässigte ihren Mann und ihre Kinder. Ein Bruder von Frau Chappuis leidet unter Asthma, ein anderer Bruder unter Entwicklungsrückstand. Er wurde während mehrerer Jahre in einem Heim untergebracht.

Als Frau Chappuis neuneinhalbjährig war, wurde sie zu einer ambulanten Konsultation an unseren Dienst verwiesen. Trotz guter Intelligenz hatte sie grosse Schulschwierigkeiten, einen motorischen Entwicklungsrückstand, litt unter Nägelbeissen und Fingerlutschen; sie wurde damals als nervös und widerstrebend beschrieben. Da der Vater sich gegen jede therapeutische Intervention wehrte, wurde das Dossier geschlossen. Wir hatten vor fünfzehn Jahren weder die klinischtherapeutische Erfahrung von heute, noch die Möglichkeiten, auf diese typische Situation einzugehen.

Als die Mutter mit neunzehn Jahren Steve erwartete und ihre Schwangerschaft von den Eltern entdeckt wurde, jagte sie der

Vater von zu Hause weg. Frau Chappuis fand Zuflucht in einem Heim für uneheliche Mütter, wo sie Steve gebar. Der Vater von Steve ist unbekannt. Zwei Jahre nach der Geburt von Steve verheiratete sich Frau Chappuis mit einem Mann, der ebenfalls eine schwierige Jugend hatte: Er wurde als Kleinkind bis zu seinem 16. Lebensjahr in einem grossen Waisenhaus plaziert. Als Jugendlicher beging er mehrere Delikte und wechselte häufig seine berufliche Tätigkeit. Seit vier Jahren arbeitet Herr Chappuis als Lastwagenfahrer im gleichen Unternehmen, wo er als zuverlässiger Arbeiter geschätzt wird.

Die Geburt von Steve verlief normal. Behandlung einer postnatalen Hyperbilirubinämie mit Phototherapie. Im Alter von zwei Monaten wurde er in die pädiatrische Klinik infolge einer schweren Atemstörung, vermutlich aufgrund von Keuchhusten, eingewiesen. Er verbrachte drei Monate im Spital. Die Gründe für den langen Spitalaufenthalt sind nicht nur auf die somatische Krankheit zurückzuführen, sondern auch auf die Vermutung eines psycho-motorischen Entwicklungsrückstandes, einer fraglichen bilateralen Hypoacusie, einer orthopädischen Störung und schliesslich auch auf den Mangel an Interesse der Mutter, sich des Kindes anzunehmen.

Nach Aussagen der Mutter begannen die Schwierigkeiten von Steve mit fünf Jahren, im Kindergarten, nach der Geburt des kleinen Bruders. Steve fiel vor allem durch seine motorische Unruhe und sein aggressives Verhalten auf. Er wurde von den anderen Kindern massiv abgelehnt und die Lehrerin hatte grosse Schwierigkeiten, ihn in der Gruppe zu behalten. Bei der Untersuchung in unserem Dienst bemerkten wir vor allem die grossen Beziehungsschwierigkeiten des Knaben, seine kleinkindliche Sprache, seine hohe, schrille Stimme und die Unmöglichkeit, sich einer gegebenen Situation anzupassen. Steve hatte keine Distanz zu seinen aggressiven Phantasien, die häufig in die Tat umgesetzt wurden. Er zeigte sich heratisch, wollte alle Erwachsenen in seine Beziehungen aufnehmen und sie gleichzeitig kontrollieren (psychopathologisch gesehen leidet Steve unter einem infantilen hirnorganischen Psychosyndrom, das sich in einer prepsychotischen Organisation verwirklicht).

Da die Eltern sich den Schwierigkeiten von Steve nicht gewachsen fühlten, wollten sie ihn in einem Heim unterbringen. Um der Gefahr der Wiederholung des gleichen Schicksals wie das der Mutter und des Schwiegervaters sowie der Ablehnung der Kinder durch die Eltern zu begegnen, besuchte die Sozialarbeiterin zweimal pro Woche die Familie, um sie in ihrer schwierigen Erziehungsaufgabe zu unterstützen. Sie erlebte mit ihnen ihre Schwierigkeiten und zeigte gleichzeitig, dass sie fähig seien, den Schwierigkeiten ihres Kindes zu begegnen. Die häufigen Hausbesuche waren notwendig, da die Eltern eine Konsultation in unserem Dienste psychisch nicht ertragen konnten. Wir hatten ja bei der Untersuchung von Frau Chappuis als Kind schon erlebt, dass der Vater sich weigerte, in unsere Konsultation zu kommen. Dies führte damals zum Abbruch der Behandlung. Seither haben wir gelernt, dass es notwendig ist, dass sich nicht nur die Sozialarbeiterin, sondern auch die anderen betreuenden Personen wie der Arzt, der Psychologe oder der Sprachheillehrer in diesen Fällen ins Haus begibt: Wir sprechen von einer Heimhospitalisierung. Der enge Kontakt mit den Eltern war um so notwendiger, als die Familie sich entschied, umzuziehen, da sie die Mieter im Hause nicht mehr ertrugen. Frau Chappuis fühlte sich bedroht, missachtet und hoffte, an einem anderen Wohnsitz neu anzufangen. Noch Wochen nach dem Umzug waren die Möbel nicht plaziert, die meisten Gegenstände blieben in den Kisten. Frau Chappuis war wie immer sehr depressiv, litt unter einer starken Fettsucht, vernachlässigte ihren Körper, ihre Kleider, wie sie ihre Familie vernachlässigte. Es ist offensichtlich, dass eine Heimplazierung von Steve keine Hilfe gebracht hätte, vielleicht eine vorübergehende Hilfe für Steve, aber keine Hilfe für die Eltern und den Bruder. Es ging in dieser Phase vor allem darum, den Eltern allmählich bewusst zu machen, dass es sich nicht nur um Steve handelt, sondern dass Steve *mit* seiner Familie behandelt werden sollte. In diesem Sinne wurde die Vorbereitung eines Aufenthaltes von Steve im psychotherapeutischen Tagesspital besprochen. Im Alter von 6 Jahren trat Steve in das psychotherapeutische Tagesspital ein. Dies erlaubte eine intensive Behandlung von Steve und der Familie. Es konnten hier auch leichter Probleme angegangen werden, die als narzistische Kränkung erlebt werden (Prügel, körperliche Vernach-

lässigung, schmutzige, zerrissene Kleider usw.) Dies war ein zweiter Schritt. Es wird noch Jahre dauern, bis Steve seine Schwierigkeiten überwunden hat und die Eltern, vor allem Frau Chappuis, einen gewissen Selbstwert entdecken können. Unser therapeutisches Ziel besteht im wesentlichen darin, den Eltern die Möglichkeit zu geben, ihre Kompetenz, ihre Fähigkeiten allmählich zu entdecken und sie aus dem Given-up-Syndrom herauszuführen. Vielleicht wird es auch gelingen, dem transgenerationellen "Schicksal" Einhalt zu bieten.

Die Ergebnisse, die wir hier an Einzelfällen beschrieben haben, könnten auch in grösseren makroskopischen Untersuchungen bestätigt werden. Wir weisen hier vor allem auf die Studie von *Heber et al.* hin. In seiner berühmten *Milwaukee-Studie*, die von der Feststellung ausging, dass ein Drittel der Kinder mit Entwicklungsrückstand ein einziges Viertel der Stadt Milwaukee, mit zweieinhalb Prozent Einwohner, betraf. Es handelte sich um das arme Negerquartier von Milwaukee. Eine Langzeitstudie von Heber hat gezeigt, dass der psychische, affektive und intellektuelle Rückstand nicht auf angeborene Unfähigkeit, sondern auf die schwere Vernachlässigung zurückzuführen ist. (Für Studien im französischen Sprachraum siehe C. Chiland; A. Dumaret.)

In Lausanne beschäftigen wir uns seit Jahren mit den Problemen der schichtspezifischen Pathologie (W. Bettschart; F. Favez). Wir fanden in der sozialen Unterschicht sowohl eine grössere als auch eine schwerere Pathologie des Kindes als in der Mittel- und Oberschicht. Die Kinder der Unterschicht kommen weniger zur Konsultation, und wenn es zu einer Behandlung kommt, werden diese häufiger abgebrochen. Die Erklärungen sind sicher multifaktoriell. Immerhin können wir einige Hypothesen als relativ gesichert aufstellen:

- Es besteht eine grosse, kulturelle, affektive und sprachliche Distanz zwischen diesen Familien und den Mitarbeitern eines kinderpsychiatrischen Dienstes, die fast alle Universitätsausbildung haben. Das Gefälle wird noch dadurch verstärkt, dass die eine Seite hilfesuchend ist, die andere helfend, wissend, beratend.

- Die Konsultation wird von den sozial unbemittelten Familien als Abhängigkeit und Unfähigkeit erlebt. Die Beziehung spielt sich so ab, wie sie es auch sonst gewohnt sind, auf der einen Seite die Fähigen, auf der andern Seite die Unfähigen.
- Der Lebensmodus, und vor allem der Stil eines psychiatrischen Dienstes, ist für diesen Bevölkerungsanteil ungewohnt und unangepasst. Die Eltern fühlen sich “nicht zu Hause”; sie müssen für die Konsultation ihr Viertel verlassen und finden sich im “Büro” des Jugendpsychiater nicht zurecht.
- Für viele dieser Eltern ist der Zeitbegriff etwas sehr Relatives. Abgemachte Rendez-vous werden nicht respektiert, hingegen ist es notwendig, plötzlich eine langdauernde Konsultation einzuschieben, wenn einer der Elternteile das Bedürfnis hat, sich auszusprechen oder sich einfach so einsam fühlt, dass er eine Beziehung notwendig hat. Dieser Konsultationsmodus zeigt sich häufig über Monate zu Beginn einer Beziehung. Erst wenn die Eltern Vertrauen gefasst haben und die Beziehung weniger kontrollieren müssen, können mehr oder weniger regelmässige Konsultationen stattfinden.

Der Kinderpsychiater ist natürlich nicht da, um sich um alle vernachlässigten Kinder zu kümmern. Er ist nicht Soziologe, er kann die Gesellschaft nicht ändern, er will auch nicht einen Ersatz für alle Schwächen und Schwierigkeiten der Gesellschaft bringen. Die Psychiatrie und Kinderpsychiatrie soll keine neue Religion werden, sie soll sich aber auch nicht ausserhalb aller sozialen Schwierigkeiten stellen und sich nur auf Diagnose und Therapie beschränken. Für den Kinderpsychiater handelt es sich im wesentlichen darum, präventiv oder therapeutisch in Einzelfällen einzutreten; durch die Mitteilung seiner Erfahrung kann er auch eine mittelbare präventive Rolle spielen und zusammen mit anderen Spezialisten entsprechende Programme aufstellen. Es ist dabei grundlegend, nicht Fehlendes ergänzen zu wollen, sondern mehr im Rahmen von Selbsthilfegruppen zu arbeiten.

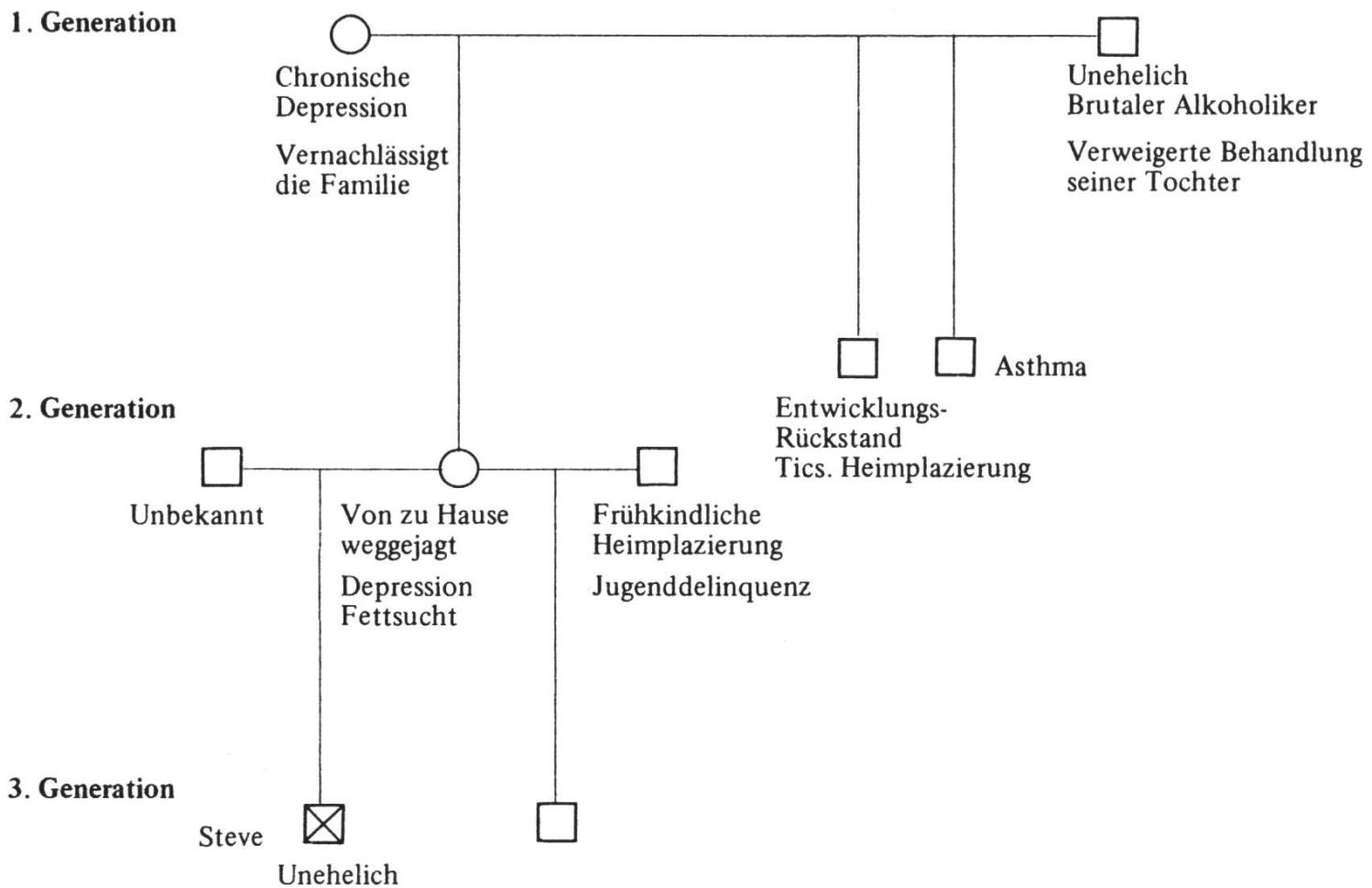
Wir haben erfahren, dass gerade die Familien vernachlässigter Kinder im Rahmen der sozialtherapeutischen Einrichtungen

des Intermediärsektors gut behandelt werden können. Die Intermediärstationen vermeiden einerseits die Trennung des Kindes von den Eltern, erlauben andererseits, die ganze Familie therapeutisch anzugehen.

Wir haben in Lausanne sehr gute Erfahrungen mit dem Tagesspital gemacht (W. Bettschart) sowie mit der Eröffnung eines Abendspitals für Kinder (S. Bridel et al.). Die Kinder kommen täglich nach der Schule sowie am schulfreien Mittwochnachmittag. Das therapeutische Team hat nicht nur die Aufgabe, den Kindern zu erlauben, kreativ tätig zu sein, sondern hat auch sehr engen Kontakt mit den Eltern, meistens am Abend. Seit einigen Jahren führt unser Dienst auch während der Frühjahrs- und Herbstferien sogenannte "Freizeitlager" für Kinder aus den sozial unterbemittelten Schichten durch. Es handelt sich natürlich nicht darum, während einer Woche diese Kinder zu beschäftigen oder vernachlässigte Kinder mit pathologischen Symptomen wie Enuresis oder Enkopresis, Verhaltensstörungen, die in anderen Lagern nicht angenommen werden, aufzunehmen. Die Haltung der Erwachsenen ist mehr therapeutisch als erzieherisch, mehr in dem Sinne, dem Kind zu erlauben, einige Entdeckungen zu machen, neue Objektbesetzungen vorzunehmen und vor allem Befriedigung in ihrer Tätigkeit zu finden. Das Freizeitlager bekommt eine wichtige Dimension dadurch, dass die Eltern auf dieses Lager vorbereitet werden, dass mit ihnen besprochen wird, was die Kinder erleben, und dass nach jedem Lager mit den Eltern über Erlebnisse während der Abwesenheit des Kindes, sowie über die Erlebnisse des Kindes, gesprochen wird. Die Beziehung Helfer-Hilfesuchende wird dadurch weitgehend in eine Beziehung umgeändert, in der sich beide Partner ein gemeinsames Ziel setzen. Dieses Ziel ist unter anderem, die Eltern erkennen zu lassen, dass sie ihre Kinder lieben, dass sie kompetent sind, obwohl sie aufgrund ihrer eigenen Erziehung und ihrem eigenen Erleben Schwierigkeiten haben, den Zugang zum Kind zu finden. Das Kind andererseits kann eine neue Beziehung mit den Eltern aufbauen, die sie anders erleben als eine sadomasochistische Beziehung. Dadurch, dass die Mitarbeiter ihre beschützende und geborgene Situation im Kinderpsychiatrischen Dienst verlassen, um mit den Kindern wirklich zu leben, wird der Kreis geschlossen.

Vernachlässigte Kinder bleiben ohne Hilfe, solange wir ihnen mehr oder besseres geben wollen, statt uns zu fragen, welche Ich-Bedürfnisse sie haben. Das therapeutische Ziel besteht in der gemeinsamen Entdeckung und Verwirklichung der Fähigkeiten, die im Kinde und seiner Familie vorhanden sind. Im gewissen Sinne ist es die Verwirklichung des als unmöglich Erscheinenden und der Verzicht, das Fehlende aufzufüllen.

Stammbaum über drei Generationen von S. Chappuis



LITERATUR

- Bettschart, W., Favez, F., Henny, B., Jeannin, M., Pfähler, M., Piolino, P. et Poget, F.: L'enfant de neuf ans. Etude épidémiologique. Psychiat. Enfant, 20, 2, 637 – 684, 1980.
- Brazelton, T.B.: Comportement et compétence du nouveau-né. Psychiat. Enfant, 26, 2, 375 – 396, 1981.
- Brazelton, T.B.: Quatre stades précoce au cours du développement de la relation mère-nourrisson. Psychiat. Enfant, 26, 2, 397 – 418, 1981.
- Bridel, S., Fasmeyer, A., Toros, A. et Bettschart, W.: L'atelier thérapeutique du soir – une expérience pilote. Rev. méd. S. Rom. (sous presse).
- Chiland, C.: L'enfant de six ans et son avenir. PUF, Paris 1971.
- Dumaret, A.: Analyse des effets différenciels du milieu sur le développement intellectuel et social. Psychiat. Enfant, 25, 2, 319 – 368, 1982.
- Favez, F. et Bettschart, W.: Comparaison statistique entre des cas de rupture et des cas de traitement dans un service de psychiatrie d'enfants. Social Psychiatry, 171 – 177, 1976.
- Heber, R., Garber, H., Harrington, S., Hoffmann, C. et Falender, C.: Rehabilitation Research and Training Center in Mental Retardation, Madison, 1972.
- Jonquière-Wichmann, M.: Les psychoses du post-partum. Archives suisses de neurologie, neurochirurgie et psychiatrie, 128, 1, 105 – 150, 1981.
- Klaus, M.H. et Kennell, J.H.: Mothers separated from their newborn infants. Ped. clinics of North America, 17, 4, 1015 – 1937, 1970.
- Kreisler, L.: L'enfant du désordre psychosomatique. Privat, 1981.
- Montagnier, H.: L'enfant et la communication. Stock, Paris, 2ème éd. 1978.
- Winnicott, D.W.: Jeu et réalité. Gallimard, 1975.
- Winnicott, D.W.: De la pédiatrie à la psychanalyse. Petite bibliothèque Payot, Paris 1969.

