

PAS-Experte Dr. William Bernet erörtert DSM-5

von [RICHARD ZWOLINSKI, LMHC, CASAC & C.R. ZWOLINSKI](#)

Ursprüngliches englisches Interview im Web hier -> [Link](#)
Übersetzung: Tom Todd (vaeter@tomtodd.de)

Dr. William Bernet ist Professor der Psychiatrie an der Vanderbilt Universität (Nashville); sein Forschungsgebiet ist die forensische Psychiatrie, insbesondere die Auswirkungen von Scheidung, Sorgerechtskonflikten, Kindesmisshandlung und auch die Methodologie der Unterscheidung zwischen wahren und falschen Beschuldigungen des sexuellen Kindesmissbrauchs. Dr. Bernet ist Autor von [Parental Alienation, DSM-5, and ICD-11](#) und andern Büchern.

Herzlich Willkommen, Dr. Bernet. In den letzten Wochen haben wir widersprüchliche Meldungen gehört. Ist nun die elterliche Entfremdung (parental alienation, „PA“) im DSM-5 als Störung aufgeführt?

„Parental alienation“ kommt wörtlich im DSM-5 nicht vor. Vor drei Jahren hat man uns gesagt, dass die Leitung der DSM-5-Arbeitsgruppe PA nicht als eine psychische Störung betrachte, da die Störung „sich nicht im Kind befindet“. Sie sagten, PA solle als eine Art Beziehungsproblem betrachtet werden, und wiesen darauf hin, dass das DSM schon eine Diagnose namens „Eltern-Kind-Beziehungsproblem“ aufführe. PA sei einfach eine Art Beziehungsproblem zwischen Eltern und Kind.

Unsere Antwort darauf war, dass die Arbeitsgruppe dies ausdrücklich in der Erörterung des Eltern-Kind-Beziehungsproblems im DSM-5 sagen solle.

Im DSM-5 wird in der Beschreibung des Eltern-Kind-Beziehungsproblems zwar PA erwähnt, der Begriff selbst aber wird nicht erwähnt. In der Diskussion wird erklärt, dass kognitive Probleme im Eltern-Kind-Beziehungsproblem „negative Zuschreibungen an die Absichten des Gegenübers, Feindlichkeit oder Schuldzuweisungen gegenüber ihm/ihr und ungerechtfertigte Gefühle der Entfremdung beinhalten können“.

Dies ist eine ziemlich gute Beschreibung des entfremdeten Elternteils aus Sicht des Kindes. D.h., das Kind unterstellt jeder Handlung des entfremdeten Elternteils negative Absichten; das Kind macht den entfremdeten Elternteil zum Sündenbock, indem es ihm für jedes negative Ereignis die Schuld gibt; und das Kind erlebt ungerechtfertigte negative Gefühle und Einstellungen gegenüber dem entfremdeten Elternteil.

Die Autoren des DSM-5 haben damit ganz offensichtlich PA beschrieben in der Diskussion des Eltern-Kind-Beziehungsproblems, aber sie haben keine Mühen gescheut, die Verwendung des Begriffs „parental alienation“ selbst zu vermeiden.

Im DSM-5 sind zwei neue wichtige Diagnosen enthalten, die auch von klinischen und forensischen Fachleuten in Fällen von PA verwendet werden können. Es gibt eine neue Diagnose namens „child affected by parental relationship distress“ (Kind unter Einfluss einer gestörten Elternbeziehung), die verwendet werden soll, „wenn der Schwerpunkt der klinischen Untersuchung auf den negativen Auswirkungen liegt, die die Zwietracht in der Elternbeziehung (z.B. durch ein hohes Maß an Konflikt, Leiden oder Herabsetzung) auf ein Kind in der Familie hat - inklusive die Auswirkungen auf die psychischen oder physischen Störungen des Kindes“.

Dies ist eine gute Beschreibung der Entstehung von PA, weil damit beschrieben wird, wie Kinder im Laufe von hochstrittigen Trennungen und Scheidungen verletzt werden - besonders dann, wenn die Eltern selbst leiden und den anderen Elternteil dauernd herabsetzen.

Die zweite neue Diagnose im DSM-5 ist psychische Kindesmisshandlung, die definiert wird als „nicht zufällige, verbale oder symbolische Handlungen eines Elternteils oder Sorgeberechtigten, die vermutlich potentiell oder tatsächlich zu signifikanten psychischen Schäden beim Kind führen“. In vielen Fällen stellt das Verhalten des entfremdenden Elternteils psychische Kindesmisshandlung dar. Wenn man diese drei Diagnosen betrachtet, dann ist klar, dass DSM-5 eine große Verbesserung gegenüber früheren Versionen des DSM darstellt, wenn es darum geht, PA zu identifizieren, klassifizieren und diagnostizieren.

Es ist geplant, das DSM fortlaufend zu überarbeiten und zu aktualisieren, nicht nur alle 20 Jahre; deswegen nennt es sich DSM-5 statt DSM-V. In den kommenden Jahren werden wir ein DSM-5.1, DSM-5.2 usw. sehen. Wir hoffen, dass im Laufe der Zeit die Führung beim DSM-5 ihren Widerstand gegen den Ausdruck „parental alienation“ zum Teil aufgeben wird. Sie werden wahrscheinlich keine Diagnose „PA“ mit eigenem Klassifikationsschlüssel einführen, aber sie könnten ohne Weiteres sagen, dass das Eltern-Kind-Beziehungsproblem oder die Wirkungen einer gestörten Elternbeziehung auf das Kind manchmal die Form von PA nimmt, und dann eine kurze Definition von PA geben.

Erklären Sie uns, warum es wichtig ist, das PA im DSM anerkannt werden soll.

Warum es wichtig ist?

Erstens, damit die klinische Betreuung von PA-belasteten Familien verbessert werden kann. Die meisten Lehrbücher, die in der Ausbildung der nächsten Generation von Berufstätigen in der psychischen Gesundheitsfürsorge verwendet werden, basieren auf der neuesten Ausgabe des DSM. Wenn PA im DSM vorhanden wäre, entweder als Begriff oder wörtlich genannt, dann lernten die Studenten und Praktikanten in der psychischen Gesundheitsfürsorge viel eher die Ursachen, Erscheinungsbilder und Behandlungsmethoden von PA.

Zweitens, damit Forschung bezüglich PA verbessert werden kann. Wir brauchen eine Übereinstimmung in der Definition von PA, die erwiesenermaßen gültig und zuverlässig ist, damit Forscher die Ursachen, Erscheinungsformen und Behandlungsmethoden untersuchen können.

Drittens aus juristischen Gründen. Wir müssen die Ära hinter uns lassen, in der immer wieder vor Gericht diskutiert wird, ob PA wirklich existiert. Wenn PA im DSM aufgeführt wäre, würde es normalerweise vor Gericht als reales Problem akzeptiert, mit dem umgegangen werden muss.

William Bernet, M.D., Absolvent der Harvard Medical School, lebt seit 1988 in Tennessee, USA. Er ist emeritierter Professor in der Fachabteilung für Psychiatrie an der Vanderbilt University School of Medicine. Dr. Bernet ist anerkannter Facharzt der allgemeinen Psychiatrie, Kinderpsychiatrie und der forensischen Psychiatrie. Dr. Bernet hat als Experte der forensischen Psychiatrie Gutachten in 34 Bezirken, in Tennessee und in 18 anderen Staaten geschrieben.

Dr. Bernet hat über verschiedene Themen geschrieben, darunter: Gruppen- und Individualtherapie mit Kindern und Jugendlichen; Humor in der Psychotherapie; forensische Kinderpsychiatrie;

Elternentfremdung; Kindesmisshandlung; wahre und falsche Behauptungen des Missbrauchs; Missbrauch in satanischen Ritualen; Wiedergeburt; Sorge- und Umgangsrecht; Gutachten zu Verhaltensgenomik; und Risikomanagement.

2010 veröffentlichte Dr. Bernet „Parental Alienation, DSM-5, and ICD-11“.

Sein nächstes Buch heißt: "Parental Alienation: The Handbook for Mental Health and Legal Professionals" (2013), herausgegeben von Demosthenes Lorandos, William Bernet, and Richard Sauber.

Der Text, den Dr. Bernet zur Begründung der Aufnahme von PAS in das DSM-5 eingereicht hat, hat folgenden Wortlaut:

Proposed Text for Parental Alienation Disorder in DSM-V DIAGNOSTIC FEATURES

The essential feature of **parental alienation disorder** is that a child – usually one whose parents are engaged in a high-conflict divorce – allies himself or herself strongly with one parent (the preferred parent) and rejects a relationship with the other parent (the alienated parent) without legitimate justification. The primary behavioral symptom is the child's resistance or refusal to have contact with the alienated parent (Criterion A).

The behaviors in the child that characterize **parental alienation disorder** include a persistent campaign of denigration against the alienated parent and weak, frivolous, and absurd rationalizations for the child's criticism of the alienated parent (Criterion B).

The following clinical features frequently occur in **parental alienation disorder**, especially when the child's symptoms reach a level that is moderate or severe (Criterion C). Lack of ambivalence refers to the child's belief that the alienated parent is all bad and the preferred parent is all good. The independent-thinker phenomenon means that the child proudly states the decision to reject the alienated parent is his own, not influenced by the preferred parent. Reflexive support of the preferred parent against the alienated parent refers to the pattern of the child's immediately and automatically taking the preferred parent's side in a disagreement. The child may exhibit a disregard for the feelings of the alienated parent and an absence of guilt over exploitation of the alienated parent. The child may manifest borrowed scenarios, that is, rehearsed statements that are identical to those made by the preferred parent. Also, the child's animosity toward the alienated parent may spread to that parent's extended family.

The diagnosis of **parental alienation disorder** should not be used if the child's refusal to have contact with the rejected parent is justifiable, for example, if the child was neglected or abused by that parent (Criterion D). **ASSOCIATED FEATURES**

Parental alienation disorder may be mild, moderate, or severe. When the **parental alienation disorder** is mild, the child may briefly resist contact with the alienated parent, but does have contact and enjoys a good relationship with the alienated parent once they are together.

When the **parental alienation disorder** is mild, the child may have a strong, healthy relationship with both parents, even though the child recites criticisms of the alienated parent.

When the **parental alienation disorder** is moderate, the child may persistently resist contact with the alienated parent and will continue to complain and criticize the alienated parent during the contact. The child is likely to have a mildly to moderately pathological relationship with the preferred parent.

When the **parental alienation disorder** is severe, the child strongly and persistently resists contact and may hide or run away to avoid seeing the alienated parent. The child's behavior is driven by a firmly held, false belief that the alienated parent is evil, dangerous, or worthless. The child is likely to have a strong, severely pathological relationship with the preferred parent, perhaps sharing a paranoid worldview.

While the diagnosis of **parental alienation disorder** refers to the child, the preferred parent and other persons the child is dependent on may manifest the following attitudes and behaviors, which frequently are the major cause of the disorder: persistent criticisms of the rejected parent's personal qualities and parenting activities; statements that influence the child to fear, dislike, and criticize the alienated parent; and various maneuvers to exclude the rejected parent from the child's life. The behavior of the preferred parent may include complaints to the police and child protection agencies with allegations about the rejected parent.

Parental alienation disorder may be the basis for false allegations of sexual abuse against the alienated parent. The preferred parent may be litigious to the point of abusing the legal system. The preferred parent may violate court orders that are not to his or her liking. Specific psychological problems – narcissistic personality disorder, borderline personality disorder, traumatic childhood experiences, and paranoid traits – may be identified in these individuals. Also, the rejected parent may manifest the following attitudes and behaviors, which may be a minor or contributory cause of the disorder: lack of warm, involved parenting; deficient parenting skills; and lack of time dedicated to parenting activities. However, the intensity and duration of the child's refusal to have contact with the rejected parent is far out of proportion to the relatively minor weaknesses in the rejected parent's parenting skills.

Although **parental alienation disorder** most often arises in the context of a child custody dispute between two parents, it can arise in other types of conflicts over child custody, such as a dispute between a parent and stepparent or between a parent and a grandparent. Sometimes, other family members – such as stepparents or grandparents – contribute to the creation of **parental alienation disorder**. On occasion, other individuals – such as therapists and child protection workers – contribute to the creation of **parental alienation disorder** by encouraging or supporting the child's refusal to have contact with the alienated parent. Also, **parental alienation disorder** does not necessarily appear in the context of divorce litigation, but may occur in intact families or years following the divorce.

DIFFERENTIAL DIAGNOSIS

It is common for children to resist or avoid contact with the noncustodial parent after the parents separate or divorce. There are several possible explanations for a child's active rejection of contact. **Parental alienation disorder** is an important, but not the only, reason that children refuse contact.

In the course of normal development children will become polarized with one parent and then the other depending on the child's developmental stage and events in the child's life. When parents disagree, it is normal for children to experience loyalty conflicts. These transitory variations in a child's relationship with his or her parents do not meet criteria for **parental alienation disorder** because they do not constitute "a persistent rejection or denigration of a parent that reaches the level of a campaign."

If the child actually was abused, neglected, or disliked by the noncustodial parent or the current boyfriend or girlfriend of that parent, the child's animosity may be justified and it is understandable that the child would not want to visit the rejected parent's household. If abuse were the reason for the child's refusal, the diagnosis would be **physical abuse of child** or **sexual abuse of child**, not **parental alienation disorder**. This is important to keep in mind because an abusive, rejected parent may misuse the concept of **parental alienation disorder** in order to falsely blame the child's refusal of contact on the parent that the child prefers. In **shared psychotic disorder**, a delusional parent may influence a child to believe that the other parent is an evil person who must be feared and avoided. In **parental alienation disorder**, the alienating parent may have very strong opinions about the alienated parent, but is not usually considered out of touch with reality.

When parents separate or divorce, a child with **separation anxiety disorder** may become even more worried and anxious about being away from the primary caretaker. In **separation anxiety disorder**, the child is preoccupied with unrealistic fears that something will happen to the primary caretaker, while the child with **parental**

alienation disorder is preoccupied with unrealistic beliefs that the alienated parent is dangerous. It is conceivable that a child with **specific phobia, situational type**, might have an unreasonable fear of a parent or some aspect of the parent's household. A child with a **specific phobia** is unlikely to engage in a persistent campaign of denigration against the feared object, while the campaign of denigration is a central feature of **parental alienation disorder**.

When parents separate or divorce, a child with **oppositional defiant disorder** may become even more symptomatic – angry, resentful, stubborn – and not want to participate in the process of transitioning from one parent to the other. In **oppositional defiant disorder**, the child is likely to be oppositional with both parents in a variety of contexts, while the child with **parental alienation disorder** is likely to focus his or her negativism on the proposed contact with the alienated parent and also to engage in the campaign of denigration of that parent.

When parents separate or divorce, a child may develop an **adjustment disorder** as a reaction to the various stressors related to the divorce including discord between the parents, the loss of a relationship with a parent, and the disruption of moving to a new neighborhood and school. A child with an **adjustment disorder** may have a variety of nonspecific symptoms including depression, anxious mood, and disruptive behaviors, while the child with **parental alienation disorder** manifests a specific cluster of symptoms including the campaign of denigration and weak, frivolous rationalizations for the child's persistent criticism of the alienated parent.

Parent-child relational problem (a V-code) is the appropriate diagnosis if the focus of clinical attention is on the relationship between a child and his or her divorced parents, but the symptoms do not meet the criteria for a mental disorder. For example, a rebellious adolescent may not have a specific mental disorder, but may temporarily refuse to have contact with one parent even though both parents have encouraged him to do so and a court has ordered it. On the other hand, **parental alienation disorder** should be the diagnosis if the child's symptoms are persistent enough and severe enough to meet the criteria for that disorder.

DIAGNOSTIC CRITERIA FOR PARENTAL ALIENATION DISORDER

A. The child – usually one whose parents are engaged in a high-conflict divorce – allies himself or herself strongly with one parent and rejects a relationship with the other, alienated parent without legitimate justification. The child resists or refuses contact or parenting time with the alienated parent.

B. The child manifests the following behaviors:

a persistent rejection or denigration of a parent that reaches the level of a

campaign

weak, frivolous, and absurd rationalizations for the child's persistent criticism of the rejected parent

C. The child manifests two or more of the following six attitudes and behaviors:

(1) lack of ambivalence

(2) independent-thinker phenomenon

(3) reflexive support of one parent against the other

(4) absence of guilt over exploitation of the rejected parent

(5) presence of borrowed scenarios

(6) spread of the animosity to the extended family of the rejected parent.

D. The duration of the disturbance is at least 2 months.

E. The disturbance causes clinically significant distress or impairment in social academic (occupational), or other important areas of functioning.

F. The child's refusal to have contact with the rejected parent is without legitimate justification. That is, **parental alienation disorder** is not diagnosed if the rejected parent maltreated the child.