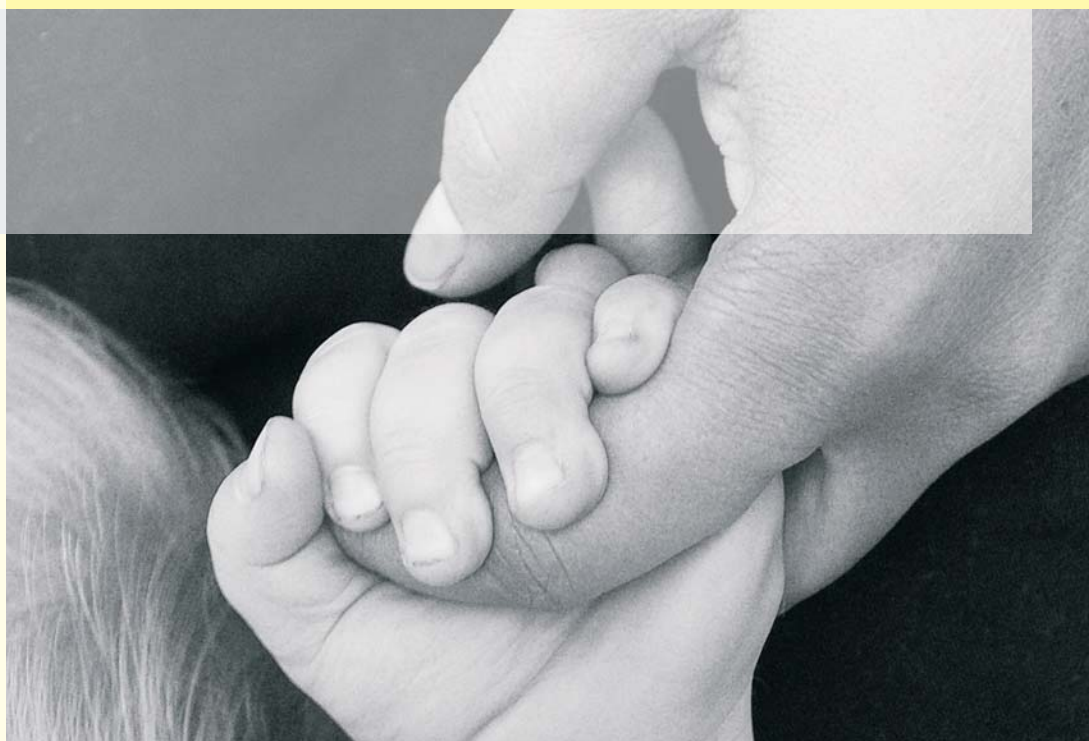




Gewalt gegen Kinder: Früh erkennen – früh helfen

Themenschwerpunkte:

Frühwarnsysteme
Risikoeinschätzung
Resilienzforschung
Bindungsforschung
Frühe Hilfen



Inhalt

Gewalt gegen Kinder: Früh erkennen – früh helfen

Seite 3 Editorial

Frühprävention als entscheidender Schritt, Kinder vor Gewalt zu schützen und in ihrer Entwicklung zu fördern

Seite 5 Gregor Hensen:

Soziale Frühwarnsysteme in NRW –
Frühe Hilfen für Familien durch verbindliche Formen der Kooperation

Seite 10 Dr. Heinz Kindler & Susanna Lillig:

Früherkennung von Familien mit erhöhten Misshandlungs-
oder Vernachlässigungsrisiken

Seite 14 Corina Wustmann:

»So früh wie möglich!« – Ergebnisse der Resilienzforschung

Seite 20 Prof. Dr. Patricia M. Crittenden:

Präventive und therapeutische Intervention bei risikoreichen
Mutter-Kind-Dyaden:
Der Beitrag von Bindungstheorie und Bindungsforschung

Seite 28 Prof. Dr. Gerhard J. Suess:

STEEP™: Frühe Hilfe zur Förderung der Resilienz in riskanten Kindheiten

Seite 33 Inge Beyersmann:

Eine Chance für psychosozial belastete Mütter mit Babys und Klein-
kindern – ein Bericht aus der Frühberatungsstelle Bremen-Hemelingen

Seite 40 Ruth Wollwerth de Chuquisengo & Heike Kreß:

Exzessives Schreien in den ersten Lebensmonaten und seine Behandlung
in der »Münchener Sprechstunde für Schreibabys«

Seite 47 Anke Laukemper:

Frühe Hilfe am Beispiel der Familiären Bereitschaftsbetreuung (FBB)
des Jugendamtes der Stadt Hamm (NRW):
Was hat sich in der praktischen Arbeit bewährt? Was ist zu beachten?

Seite 50 Aktuelles

Seite 58 Literaturempfehlungen

Seite 61 Termine

Seite 63 Impressum

Seite 64 Neuerscheinungen und Angebot des IKK

Frühprävention als entscheidender Schritt, Kinder vor Gewalt zu schützen und in ihrer Entwicklung zu fördern

Dennis hat seinen ersten Schultag. Bereits ein paar Tage später fällt er der Lehrerin wegen seines aggressiven Verhaltens auf. Erst jetzt stellt sich heraus, dass der kleine Junge unter den Folgen vielfältiger Belastungen leidet: Gewalterfahrungen, Vernachlässigung, Beziehungsabbrüche. In seinem Fall wäre Frühprävention ein entscheidender Schritt gewesen, ihn vor Gewalt zu schützen und in seiner Entwicklung zu fördern.

Elterliche Gewalt gegen Kinder findet ihre Ursachen oft im Zusammenspiel psychosozialer Belastungen: Eltern, die selbst misshandelt bzw. vernachlässigt wurden und wenig empathische Zuwendung erfahren haben; Eltern, die nun dazu neigen, Konflikte gewalttätig zu »lösen«; Eltern, die mit zahlreichen Problemen konfrontiert sind und kaum auf Schutzfaktoren wie vertrauensvolle Beziehungen, unterstützende soziale Netzwerke oder Lebensperspektiven zurückgreifen können. Ohne adäquate Intervention werden sowohl die Kinder unter den Folgen der Belastungen leiden als auch die Eltern, die mit der Erziehung ihrer Kinder überfordert sind.

Frühe Hilfen setzen an, bevor sich ungünstige Entwicklungsverläufe stabilisiert haben.

Voraussetzung hierfür ist das frühzeitige Wahrnehmen und Einschätzen von Gefährdungen. Diesen Bereich gilt es in Deutschland auszubauen und über die Einschätzung von Fachkräften einzelner Institutionen hinaus interdisziplinäre Kooperationen und Frühwarnsysteme zu etablieren. Dadurch erhöht sich die Chance, nicht erst zum Zeitpunkt der akuten Krise zu reagieren, wenn die Folgen bereits gravierend sind.

Basierend auf den Ergebnissen der Bindungs- und Resilienzforschung fördern viele Ansätze der Frühprävention eine positive Interaktion zwischen den

Eltern und ihrem Säugling bzw. Kleinkind. Die Eltern werden unterstützt, die Bedürfnisse und Signale ihres Kindes besser zu verstehen, den Entwicklungsstand realistischer einzuschätzen und angemessener auf ihr Kind einzugehen. Dieser Prozess kann z. B. über videogestützte Beratung und Anregung zur feinfühligsten Interaktion beim Füttern, Wickeln oder Spielen gefördert werden. Begünstigt wird der Aufbau von Schutzmechanismen, etwa einer sicheren Bindung des Kindes zu mindestens einer primären Bezugsperson: einem Elternteil oder einer anderen zentralen Bezugsperson. Eine sichere Bindung gilt als wichtiger Schutzfaktor, der im Zusammenspiel mit weiteren protektiven Faktoren einige Problemlagen abfedern kann.

Die Qualität der Eltern-Kind-Interaktion beeinflusst sämtliche Entwicklungsbereiche des Kindes. Wird es beispielsweise vernachlässigt und unterliegt dauerhafter Reizmonotonie oder ist es einer Überflutung durch unangemessene Reize ausgesetzt, leidet nicht nur seine emotionale und eventuell körperliche, sondern ebenfalls seine kognitive Entwicklung. Eine altersgemäße Beschäftigung mit dem Kind und seine Förderung bleiben in der Phase der frühen Kindheit aus, die auch hinsichtlich der Intelligenz- und Interessensentwicklung von entscheidender Bedeutung ist.

Erfahren Familien adäquate Unterstützung, eröffnen sich dem Kind frühzeitig Entwicklungschancen. Doch gelten insbesondere psychosozial hochbelastete Familien als schwer erreichbar. Strukturen der Gewalt und Vernachlässigung ziehen sich möglicherweise schon seit mehreren Generationen durch die Familie. Konfliktträchtige Interaktionsmuster, instabile Beziehungen und häufige Beziehungsabbrüche wiederholen sich. Diese Erfahrungen können sich auch im Kontext des Hilfesystems reinszenieren und verfestigen,

wenn es an geeigneten Interventionsformen mangelt und inadäquate Hilfsformen scheitern. Die Familien bedürfen vor dem Hintergrund ihrer Lebensgeschichte und -realität außerordentlicher Fachlichkeit und sie sind auf flexible, gegebenenfalls aufsuchende Angebote angewiesen, die sich an ihrer Lebenswelt orientieren. Voraussetzung für eine längerfristige, gelingende Zusammenarbeit von Fachkräften mit den Eltern ist der Aufbau einer tragfähigen Beziehung. Beziehungsarbeit aber braucht Zeit, eine Ressource, die in Zeiten knapper Kassen häufig fehlt. Die Erfahrung einer stabilen, positiven Beziehung ist jedoch wesentliche Voraussetzung, um den Zyklus von Vernachlässigung und Misshandlung erfolgreich zu durchbrechen. Eine Verbesserung der Lebenssituation erfordert ferner multimodale, vielseitige, häufig ganz alltagspraktische Unterstützung, etwa bei der Beantragung einer Waschmaschine oder der Organisation des Haushalts.

Der Einsatz lohnt sich: Die Wirksamkeit der Frühprävention bei Familien mit Risikokonstellationen ist in Langzeitstudien gut belegt. Eine einmalige Intervention reicht jedoch selten aus. Psychosozial hochbelastete Familien benötigen meist langfristige, kontinuierliche Begleitung, die unter Berücksichtigung der jeweils aktuellen Bedarfs- und Ressourcenlage positive Entwicklungsprozesse fördert und stabilisiert. Dann ist Frühprävention ein erster, entscheidender Schritt, um den betroffenen Kindern dauerhaft Zukunftschancen zu ermöglichen.

In dieser Ausgabe der *IKK-Nachrichten* erläutern unsere AutorInnen Verfahren der frühzeitigen Gefährdungseinschätzung. Sie berichten über Ergebnisse der Resilienz- wie Bindungsforschung und stellen Frühe Hilfen für verschiedene Zielgruppen vor: für psychosozial hochbelastete Familien sowie für Eltern, deren Kinder

besondere Anforderungen an ihre Interaktionskompetenz stellen, etwa exzessiv schreiende Säuglinge. Weitere Beiträge zu diesen Themenbereichen finden Sie in den *IKK-Nachrichten 2/2001*. Auch diese Ausgabe können Sie kostenlos über das IKK beziehen und sie steht Ihnen auf der Homepage des IKK www.dji.de/ikk als PDF-Datei zur Verfügung.

In der Rubrik »Aktuelles« greifen wir Entwicklungen im Bereich des Kinderschutzes auf. Des Weiteren stellen wir Ihnen eine Auswahl an Fachliteratur zum Themenschwerpunkt vor und möchten Sie auf Fachveranstaltungen aufmerksam machen.

Wir bedanken uns bei allen, die mit ihren Beiträgen vielseitige Informationen vermitteln. Wenn Sie, liebe Leserinnen und Leser, uns Ihre Anregungen mitteilen, würden wir uns freuen.

Beate Galm

Literatur

Ahnert, L. (2005):

Entwicklungspsychologische Erfordernisse bei der Gestaltung von Betreuungs- und Bildungsangeboten im Kleinkind- und Vorschulalter.

In: Sachverständigenkommission Zwölfter Kinder- und Jugendbericht (Hrsg.):

Bildung, Betreuung und Erziehung von Kindern unter sechs Jahren.

München: Deutsches Jugendinstitut, 9–54.

Crittenden, P. M. (2003):

Frühe Förderung von Hochrisiko-Kindern: Der Beitrag von Bindungstheorie und Bindungsforschung.

In: Verein für Kommunalwissenschaften e.V. (Hrsg.):

It Takes Two to Tango. Frühe Kindheit an der Schnittstelle zwischen Jugendhilfe und Entwicklungspsychologie.

Berlin: Verein für Kommunalwissenschaften e.V.

Egeland, B., Jacobvitz, D., Sroufe, L. A. (1988):

Breaking the Cycle of Abuse.

In: Child Development, 59, 1080–1088.

Erickson, M. F., Kurz-Riemer, K. (1999):

Infant, Toddlers, and Families.

New York: Guilford Press.

Galm, B. (2004):

Was ist im Kontakt mit Familien zu beachten, die Vernachlässigungsstrukturen aufweisen?

In: Kindler, H., Lillig, S., Blüml, H., Werner, A., Rummel, C. (Hrsg.):

Handbuch Kindeswohlgefährdung nach § 1666 BGB und Allgemeiner Sozialer Dienst.

Internetveröffentlichung des Deutschen Jugendinstituts.

Karoly, L. A., Greenwood, P. W., Everingham, S. S., Houbé, J., Kilburn, M. R., Rydell, C. P., Sanders, M., Chiesa, J. (1998):

Investing in Our Children. What We Know and Don't Know About the Costs and Benefits of Early Childhood Interventions.

Santa Monica: Rand.

Kindler, H. (2005):

Wie können Misshandlungs- und Vernachlässigungsrisiken eingeschätzt werden?

In: Kindler, H., Lillig, S., Blüml, H., Werner, A. (Hrsg.):

Handbuch Kindeswohlgefährdung nach § 1666 BGB und Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD).

Internetveröffentlichung des Deutschen Jugendinstituts.

Niebank, K., Petermann, F. (2002):

Grundlagen und Ergebnisse der Entwicklungspsychopathologie.

In: Petermann, F. (Hrsg.):

Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie und -psychotherapie.

Göttingen: Hogrefe, 57–94.

Rutter, M. (1990):

Psychosocial resilience and protective mechanisms.

In: Rolf, J., Masten, A. S., Cicchetti, D., Nuechterlein, K. H., Weintraub, S. (Eds.):

Risk and protective factors in the development of psychopathology.

New York: Cambridge University Press, 181–214.

Scheffold, W. (2004):

Erziehungshilfen im gesellschaftlichen Kontext: Zur Entgrenzung der Kinder- und Jugendhilfe.

In: Lenz, K., Scheffold, W., Schröer, W. (Hrsg.):

Entgrenzte Lebensbewältigung.

Weinheim: Juventa, 159–237.

Shonkoff, J. P., Meisels, S. J. (Eds.) (2000):

Handbook of early childhood intervention.

Cambridge: Cambridge University Press.

Zenz, W. M., Bächer, K., Blum-Maurice, R. (Hrsg.) (2002):

Die vergessenen Kinder.

Köln: PapyRossa.

Gregor Hensen

Soziale Frühwarnsysteme in NRW – Frühe Hilfen für Familien durch verbindliche Formen der Kooperation

Ausgangslage

Das Aufwachsen junger Menschen ist ein Prozess, der geprägt wird durch die Umgebung, in der er stattfindet, durch die Menschen, die diesen Prozess begleiten, sowie durch die Fähigkeiten und Möglichkeiten, die sich das Kind in seinen spezifischen Entwicklungsphasen erarbeitet. Die kindliche Entwicklung verläuft aber nicht immer unter optimalen Bedingungen. Je nach dem, welche persönlichen Ressourcen vorhanden oder Benachteiligungsstrukturen gegeben sind, wie Kinder die Übergänge in ihrer Biografie durchlaufen, in welcher Lebenssituation das Kind aufwächst, können Gefahren oder Risiken entstehen und sich verstärken, die sich auf die spätere Entwicklung auswirken.

Risiken und Gefahren im Prozess des Aufwachsens von Kindern und Jugendlichen entstehen nicht von heute auf morgen. Sie kündigen sich häufig frühzeitig an. Kindesvernachlässigung entsteht in der Regel nicht aus »extremen und unerwartet eintretenden Belastungssituationen heraus, sondern entwickelt sich aus der »Normalität« von Familienkonstellationen, die in Belastungssituationen hineinraten, ohne rechtzeitig und angemessen hierauf Lösungsmöglichkeiten entwickeln zu können« (Schone, 2000, S. 447). Das Hilfe- und Unterstützungssystem in Deutschland weist im Gesundheitssektor und im Bereich der Familien- und Jugendhilfe aktuell ein breites Spektrum adäquater Angebote und Leistungen für Familien auf; die Früherkennung riskanter Lebenslagen gelingt dabei häufig nur unzureichend. Es fehlen nach wie vor systematische institutionelle Verfahren und abgestimmte Eingriffsschwellen, nach denen gehandelt werden kann. Die Problemwahrnehmung erfolgt beispielsweise in der Regel im Bereich des ASD durch die tätige Fachkraft und ihrer subjektiven Einschätzung (vgl. Münder et al., 2000, S. 165).

Oft nehmen die verschiedenen Institutionen und sozialen Einrichtungen, mit denen Kinder und ihre Familien in

ihrem Alltag in Kontakt kommen, die schwachen Signale überhaupt nicht bzw. nur begrenzt wahr; sie reagieren erst dann, wenn die Signale schon auf ein schwer wiegendes Problem hinweisen oder die Krise akut ist. Zu dieser späten Reaktion kommt es, weil die verschiedenen Einrichtungen – ihrer spezifischen Handlungslogik nach – Signale unterschiedlich deuten; weil sich Institutionen und deren MitarbeiterInnen wenig oder gar nicht mit anderen über Wahrnehmungen und Beobachtungen austauschen (können) und weil Verantwortlichkeiten häufig nicht klar geregelt sind oder Informationen ins Leere laufen. Zudem zeigen sich Familien, in denen es zu Formen von Kindesvernachlässigung und Misshandlungen kommt, häufig sozial isoliert (vgl. Ziegenhain et al., 2004, S. 108).

Wenn riskante Entwicklungen im Prozess des Aufwachsens zu einem frühen Zeitpunkt beeinflusst werden sollen, müssen bereits schwache Signale erkannt und systematisch auf ihr Gefahrenpotenzial hin überprüft werden. Erst wenn Schwellen bekannt sind, bei der der Normalzustand verlassen und sich ein kritischer Zustand erwarten lässt, kann tatsächlich *frühzeitig* gehandelt werden. Dabei wirken meist viele und komplexe Einflussfaktoren auf das Aufwachsen von Kindern und damit auf mögliche Risikoeentwicklungen. Verschiedene Sachverhalte und Wahrnehmungen müssen daher als Indikatoren herangezogen und beobachtet werden.

Das Erkennen und Bewerten von Signalen oder Indikatoren allein reicht aber nicht aus. Denn das Ziel, riskanten Entwicklungen entgegenzuwirken bzw. sie sogar zu verhindern, kann nur erreicht werden, wenn einerseits verantwortlich handelnde Personen und Institutionen benannt werden, die auf diese Wahrnehmung reagieren, und andererseits entsprechende Institutionen und Akteure bekannt sind, die auf der Grundlage verbindlicher Absprachen handeln.

Das frühe Erkennen und Bearbeiten von Problemlagen und Entwicklungsschwierigkeiten z. B. im Vorfeld von erzieherischen Hilfen oder anderen Maßnahmen mit höherer Intensität erfordert eine neue Verbindlichkeit in der Zusammenarbeit verschiedener Institutionen.

Die Entscheidung, welche Institutionen, Einrichtungen oder Dienste als »Andockstellen« für die Entwicklung eines sozialen Frühwarnsystems geeignet sind, hängt zum einen von den bereits vorhandenen Strukturen vor Ort, zum anderen von dem gewählten Anwendungsfeld bzw. Gegenstandsbereich ab. Institutionenübergreifende Analysen, in welchen Gebieten bzw. für welche Arbeitsbereiche sich riskante Entwicklungen oder Unterstützungsbedarfe von Familien bereits abgezeichnet haben bzw. vermutet werden können, sind daher notwendig. Die Festsetzung eines begrenzten Bezugssystems ist von entscheidender Bedeutung für den Erfolg eines sozialen Frühwarnsystems: Gerade im Hinblick auf die Komplexität familialer Lebenslagen und Problembeschreibungen ist es wichtig, einen begrenzten Gegenstandsbereich zu wählen, der in bearbeitbare Zusammenhänge vor Ort transformierbar ist.

Das Modellprojekt »Soziale Frühwarnsysteme in NRW«

Mit Förderung des nordrhein-westfälischen Familienministeriums wurde von September 2001 bis 2004 an sechs Standorten (Bielefeld, Dortmund, Emmerich, Herne, Kreis Siegen-Wittgenstein, Deutscher Kinderschutzbund Landesverband NRW/Ortsverband Essen) der Aufbau eines sozialen Frühwarnsystems modellhaft erprobt. Das Projekt wurde während dieser drei Jahre vom Institut für soziale Arbeit e. V. Münster (ISA) wissenschaftlich begleitet.

Mit diesem Modellprojekt wurden Ansätze und interdisziplinäre Formen der Zusammenarbeit entwickelt, die helfen, riskante Entwicklungen von Kindern und familiale Krisen frühzeitig zu erken-

nen und so rechtzeitig eine Verfestigung von Problemlagen zu vermeiden. Hierfür wurden im Rahmen des Projekts Sensoren und Indikatoren entwickelt, die anzeigen, wann die Lebenssituation von Kindern und ihren Familien als riskant zu bewerten ist und welche Reaktionsweisen zur Bearbeitung solcher Problemlagen angemessen sind.

In den sechs Modellprojekten sind unterschiedliche Anwendungsfelder gewählt worden, in denen sich aus der Sicht der beteiligten Institutionen und Akteure riskante Entwicklungen oder Unterstützungsbedarfe von Familien bereits abgezeichnet haben bzw. vermutet werden konnten.

Frühwarnsystem – Säuglingsvernachlässigung

In Zusammenarbeit mit der Kinder- und Geburtsklinik und dem Kinderschutzbund konnte in Bielefeld erreicht werden, dass Familien mit Kleinkindern bzw. Säuglingen die zum Teil kritische erste Lebensphase durch die Unterstützung von ehrenamtlichen Patinnen besser meistern können. Dies gelang, weil die Zusammenarbeit aller beteiligten Institutionen nachhaltig und verbindlich abgestimmt wurde.

Frühwarnsystem – Vernachlässigung des Wohnumfelds

Kritische Lebensumstände waren auch in Emmerich Anlass zum Handeln. Im Verlauf des Projekts konnten einige Familien, die in unzumutbaren Wohnverhältnissen lebten, bei der Verbesserung dieser Situation unterstützt werden.

Frühwarnsystem – Verhaltensauffälligkeiten von Kindern

In Herne sind die MitarbeiterInnen der Tageseinrichtungen für Kinder nun in der Lage, erste Anzeichen von Verhaltensauffälligkeiten zu erkennen und nach klar definierten Handlungsanleitungen die nächsten Schritte im Umgang mit Verhaltensauffälligkeiten gemeinsam mit den Eltern zu planen.

Frühwarnsystem – Biografischer Übergang Kindergarten/Schule

Das Projekt in Dortmund erreichte durch die Zusammenarbeit zwischen Kindertageseinrichtungen, Grundschulen und Jugendhilfediensten eine Verbes-

serung der Übergangsphasen von Kindern in den Kindergarten und in die Grundschule.

Frühwarnsystem – Sozialer Brennpunkt

Im Kreis Siegen-Wittgenstein wurden mit einer Vielzahl von Instrumenten und Methoden die Wohnquartiere für die MitarbeiterInnen der Regionalen Sozialdienste transparenter. Die Reaktionsmöglichkeiten (z. B. Angebotsentwicklung für bisher nicht erreichte Familien) konnten erhöht werden.

Frühwarnsystem – Kindesvernachlässigung

Der Deutsche Kinderschutzbund erarbeitete im Modellprojekt für und mit den MitarbeiterInnen eines Kinderhauses in Essen-Mitte u. a. ein Handbuch. Hier werden AnsprechpartnerInnen für die Belange von Kindern, Jugendlichen und ihren Familien benannt und »erste Schritte« im Umgang mit ersten Anzeichen von Kindesvernachlässigung beschrieben (zu den einzelnen Modellstandorten siehe ausführlich MGSFF NRW, 2005b).

An diesen Beispielen aus der Modellphase zeigt sich, dass sechs verschiedene Frühwarnsysteme entstanden sind, die eng an die vor Ort vorhandenen Problemlagen, Ressourcen und Kooperationsformen gekoppelt sind. Gemeinsam ist allen, dass sie von den Prinzipien interdisziplinäre Zusammenarbeit, Flexibilisierung und Weiterentwicklung der vorhandenen Hilfsangebote, Sensibilisierung der Fachkräfte und einer sozialräumlichen Verortung geleitet werden. In der Programmatik eines sozialen Frühwarnsystems fließen damit fachliche Empfehlungen im Rahmen der verschiedenen Diskussionsstränge um Prävention, Partizipation, Qualität und Sozialraumorientierung zusammen.

Zusammenfassend kann ein soziales Frühwarnsystem für Familien verstanden werden als ein notwendiger (und überfälliger) Versuch, unterschiedliche Disziplinen, Professionen, Wahrnehmungen und Lösungsansätze in ein koordiniertes und wirksames Zusammenspiel zu bringen. Ein soziales Frühwarnsystem ist kein neuer spezialisierter Dienst, der eigene Angebote und Leistungen definiert und vorhält. Die Stärke eines sozialen Frühwarnsystems liegt vielmehr darin, die vor Ort bestehenden Handlungskompetenzen produktiv zusammenzuführen.

Theoretischer Hintergrund

Der Begriff »Frühwarnsysteme« kommt nicht aus dem Bereich des Sozialen, wir kennen ihn eher im Zusammenhang mit technischen Systemen (z. B. warnt der Seismograf vor Erdbeben oder der Rauchmelder weist auf die Gefahr eines Brandes hin). Auch wenn technische Beispiele zeigen, wie Frühwarnsysteme im Allgemeinen funktionieren können (vgl. hierzu Schatz, 2003), ist eine unmittelbare Übertragung auf soziale Lebensverhältnisse nicht möglich. Denn wenn wir das Soziale betrachten, wird deutlich, dass eindimensionale Messverfahren nicht ausreichen. Soziale Frühwarnsysteme können ihren Fokus auf die Entwicklung der Lebensbedingungen im Sozialraum, in dem Familien leben, oder auf die Lebenssituation einzelner Zielgruppen oder Kohorten richten. Im Mittelpunkt jeder Unterstützung und jedes Angebots stehen die Lebenszusammenhänge der Menschen und der darin ablaufenden Interaktionen zwischen Kindern, Jugendlichen und ihren Familien. »*Riskante Entwicklungen*« von Kindern und ihren Familien umfassen somit verschiedene Aspekte der kindlichen und familialen Lebensführung, die vor dem Hintergrund gesellschaftlicher Konventionen und professioneller Normen in einer Kultur als nicht zumutbar und nicht ausreichend gelten.« (Wagenblast, 2005, S. 775, Hervorhebung im Original) Ein implizites Normalitätsverständnis wird hier zum Bezugspunkt der Wahrnehmung und Beurteilung. Ein diesbezüglicher Kommunikations- und Abstimmungsprozess aller relevanten Akteure ist daher konstitutiv für die Implementierung sozialer Frühwarnsysteme in der Regelpraxis.

Soziale Frühwarnsysteme basieren also auf der Entwicklung gemeinsam geteilter Bewertungskriterien von »Normalzuständen« und deren Veränderungen, die auf fachlich begründeten Standards beruhen und entsprechende verbindliche Reaktionen in den Institutionen nach sich ziehen sollen. Daneben werden interdisziplinär neue Zugänge zu Familien eröffnet, deren Problemlagen sich zu Krisen zuspitzen könnten bzw. Zugänge in Sozialräumen gesucht, die sich so zu verändern drohen, dass Familien dort Benachteiligung erfahren. Diese theo-

retischen Grundüberlegungen erfordern in der praktischen Umsetzung das Zusammenführen verschiedener Einzel-elemente – nämlich eine qualifizierte Wahrnehmung, eine eindeutige Warnung und ein konsequentes, abgestimmtes Handeln – zu einem Gesamtsystem (vgl. MGSFF NRW, 2005a und b).

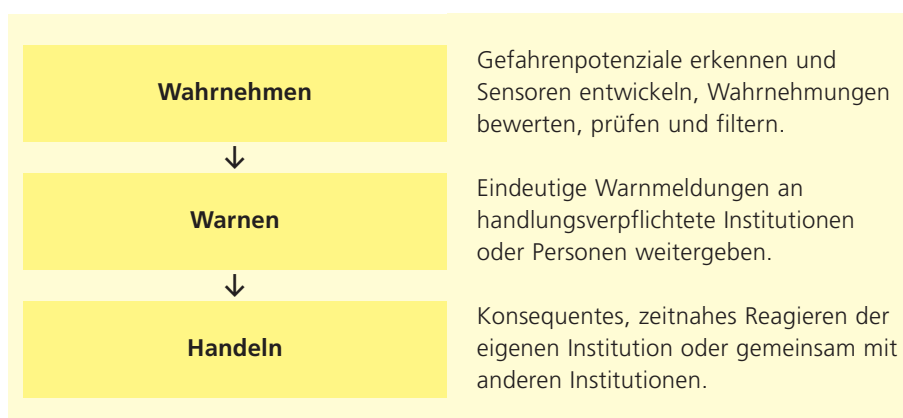
Wie funktioniert ein soziales Frühwarnsystem?

Ein soziales Frühwarnsystem ist eine in sich geschlossene Reaktionskette der drei Basiselemente: Wahrnehmen, Warnen und Handeln. Sie wird zwischen Fachkräften verschiedener familienunterstützender und -beratender Institutionen vereinbart. Das Frühwarnsystem bezieht sich entweder auf bestimmte Zielgruppen, auf klar definierte Problemlagen im Einzelfall oder auf einen ausgewählten Sozialraum.

Die Steuerungsmöglichkeiten von Frühwarnsystemen ergeben sich dadurch, dass das System klar definierte Schritte durchläuft:

Auf die *Wahrnehmung* einer Gefahr wird eine *Warnung* abgegeben, auf die dann eine bestimmte *Handlung* erfolgt (siehe Abb. 1). Hierbei ist zunächst die Wahl des Bezugssystems von geringer Bedeutung.

Abbildung 1: Basiselemente eines sozialen Frühwarnsystems



Schwellenwerte abstimmen

Um Signale riskanter Entwicklungen wahrnehmen zu können, müssen im Kontext eines Frühwarnsystems Abweichungen bzw. Gefahrenpotenziale nicht nur wahrgenommen, sondern bewertet und gefiltert werden. Hier gilt es, Schwellenwerte zu benennen, deren Überschreiten das Eintreten eines kritischen Zustands erwarten lässt und auf deren Grundlage eine Warnung erfolgen kann. Auch bezüglich dieser Schwellenwerte können wir uns nicht auf »objektive« Aussagen verlassen. Während man mit einiger Sicherheit vorherzusagen vermag, wie viel Druck ein Kessel aushalten kann, bevor er platzt, sind solche Grenz- bzw. Schwellenwerte im sozialen Bereich wesentlich schwieriger zu bestimmen (Jordan & Wagenblaus, 2002, S. 178).

Abbildung 2 zeigt die Funktionsweise eines sozialen Frühwarnsystems am Beispiel einer Verkehrsampel auf. Viele Probleme und Gefährdungslagen werden häufig erst dann erkannt, wenn die Ampel von der gelben in die rote Phase übergeht, also wenn sich latente Problemlagen für das Kindeswohl verfestigen. In der Regel ist dies mit intervenierenden und leistungsintensiven Hilfen verbunden. Ein soziales Frühwarnsystem richtet seinen Blick bereits auf den Übergang eines Normalzustands zu wahrnehmbaren, schwachen Signalen. Damit die einzelnen Schwellenwerte (von Grün zu Gelb bzw. von Gelb zu Rot) konkretisiert werden können, bedarf es einer indikatorengestützten Beschreibung derjenigen Signale, die solche Übergänge ankündigen bzw. einleiten.



Abbildung 2: Phasenmodell (siehe auch MGSFF NRW, 2005a, S. 7)

Indikatoren bestimmen

Soziale Verhältnisse sind hochkomplexe Systeme, die durch vielfältige Faktoren gesteuert werden. Sie sind in der Regel nicht vor dem Hintergrund eines Kriteriums zu bewerten bzw. zu messen. Von daher müssen sich soziale Frühwarnsysteme auf Indikatoren stützen, die mit einer bestimmten (im Idealfall hohen) Wahrscheinlichkeit ein bestimmtes, direkt nicht messbares Ereignis vorhersagen können. Ein Indikator ist eine Hilfsgröße, um direkt nicht wahrnehmbare Phänomene bzw. komplexe und unmittelbar nicht zu operationalisierende Aspekte der sozialen Realität stellvertretend abzubilden (Jordan, 2000, S. 340). So kann z. B. das Einkommen der Bevölkerung als Indikator für den »Lebensstandard« herangezogen werden. Das Beispiel macht deutlich, dass über die Beziehung zwischen gemessenem Indikator und dem eigentlich interessierenden Sachverhalt eine hypothetische Beziehung besteht. Einem geeigneten System sozialer Indikatoren kommt die Aufgabe zu, eine dauerhafte und systematische Beobachtung von sozialen Erscheinungen und Problemen zu ermöglichen (social monitoring) (ebd.).

Schwellenwerte benennen

Wenn man die negativen Entwicklungen im Prozess des Aufwachsens zu einem früheren Zeitpunkt als bisher beeinflussen und ihnen gegensteuern will, müssen solche schwachen Signale erkannt und systematisch auf ihr Gefahrenpotenzial

hin überprüft werden. Erst wenn die Schwelle bekannt ist, bei der der Normalzustand verlassen und sich ein kritischer Zustand erwarten lässt, kann frühzeitig gehandelt werden. Allerdings gibt es in den meisten Fällen nicht nur eine Schwelle, die Anzeichen einer Krise oder eines manifesten Problems signalisiert, meist wirken viele und komplexe Einflussfaktoren auf das Aufwachsen von Kindern und damit auf mögliche Risikoentwicklungen. Daher müssen verschiedene Sachverhalte und Wahrnehmungen als Indikatoren herangezogen und beobachtet werden, um ein eindeutiges Bild zu bekommen und entsprechende Hilfeleistungen anbieten zu können.

Den Risiken entgegenwirken!

Das Erkennen und Bewerten der Signale oder Indikatoren allein reicht aber nicht aus. Denn das Ziel, riskanten Entwicklungen entgegenzuwirken bzw. sie sogar zu verhindern, kann nur erreicht werden, wenn verantwortlich handelnde Personen und Institutionen benannt werden und diese auf Wahrnehmungen reagieren. Es müssen zwischen den beteiligten Institutionen und Akteuren klare Absprachen getroffen werden, wer zu welchem Zeitpunkt welche Aufgabe übernimmt – also eine Reaktionskette entsteht, an deren Endpunkt ein konkretes Hilfsangebot für das Kind oder die Familie steht. Dann können auch früher und effektiver Risiken im Aufwachsen von Kindern gemeinsam verhindert werden.

Ein verbindliches Netzwerk aufbauen

In der Vergangenheit waren Kooperationen vielfach abhängig vom Zufall und dem Einsatz einzelner Fachkräfte. In der Handlungslogik eines sozialen Frühwarnsystems wird somit ein »Systemwechsel« angestrebt, in dem institutionenübergreifende Kooperationen abgestimmt und verbindlich festgeschrieben werden. Daher ist es notwendig, im Vorfeld übergreifend zu analysieren, in welchen Gebieten bzw. für welche Arbeitsbereiche sich riskante Entwicklungen oder Unterstützungsbedarfe von Familien bereits abgezeichnet haben bzw. vermutet werden können sowie welche Akteure einen Beitrag leisten können.

Dass das Zusammenspiel zwischen öffentlichen Unterstützungs- und Bildungsinstitutionen häufig nicht funktioniert, wenn es darum geht, riskante Entwicklungen und Vernachlässigungssituationen von Kindern wahrzunehmen, zeigt aktuell der Hamburger Fall »Jessica«. Im folgenden Praxisbeispiel wird verdeutlicht, dass verbindliche Kooperation zwischen Jugendamt und Schule im Sinne eines sozialen Frühwarnsystems derartige Vorfälle vermeiden kann.

Ein soziales Frühwarnsystem funktioniert erst dann, wenn das Zusammenspiel dieser Kriterien und der einzelnen Basiselemente (Wahrnehmen – Warnen – Handeln) in einem geschlossenen System (Reaktionskette) gesichert ist.

Tabelle 1:
Beispiel eines sozialen Frühwarnsystems

Gegenstandsbereich	Zielgruppe: Kinder im Grundschulalter
Indikator/en	<ul style="list-style-type: none"> Häufige Schulversäumnisse ohne Entschuldigung der Erziehungsberechtigten, die nicht auf gesundheitliche oder andere nachvollziehbare Gründe zurückzuführen sind
Schwellenwert	<ul style="list-style-type: none"> 6 unentschuldigte Fehltage in 6 Wochen (oder 10 unentschuldigte Fehltage im Schulhalbjahr) keine Kooperation der Erziehungsberechtigten erkennbar, die Abwesenheitszeiten zu reduzieren
Warnung durch ...	<p>GrundschullehrerIn warnt den ASD auf kurzem Meldebogen, der folgende Mindestangaben enthält:</p> <ul style="list-style-type: none"> Anzahl der Fehltage bisherige Aktivitäten Einschätzung der Gesamtsituation
Handeln durch ...	<p>ASD handelt innerhalb von 10 Tagen durch Hausbesuch (angemeldet oder unangemeldet) oder in Form anderer Zugangswege</p>
Rückmeldung an ... Kooperation mit ...	<p>Spätestens 14 Tage nach Erstkontakt zum Kind bzw. zur Familie erhält die Schule Rückmeldung auf einem Berichtsbogen, der folgende Mindestangaben enthält:</p> <ul style="list-style-type: none"> Aktivitäten des Jugendamtes weitere Hilfen Kooperation Grundschule erwünscht? Ziele, Form der Kooperation <p>(siehe auch Wagenblass, 2005, S. 777)</p>

Der Weg zu einem sozialen Frühwarnsystem

Im Rahmen des sozialen Frühwarnsystems geht es also um die Entwicklung von interdisziplinär organisierten Zugängen zu Familien, deren Problemlagen sich zu Krisen zuspitzen könnten bzw. zu Sozialräumen, die sich so zu verändern drohen, dass Familien dort Benachteiligung erfahren. Dies setzt vor allem voraus, dass gemeinsam geteilte Bewertungskriterien formuliert, fachlich begründete Standards etabliert und entsprechende verbindliche Reaktionen in Institutionen dauerhaft verankert werden. In der praktischen Umsetzung erfordert dies das erfolgreiche Zusammenführen der dargestellten Schlüsselprozesse.

In seiner bisherigen Entwicklungs- und Erprobungsphase hat das Modellprojekt »Soziale Frühwarnsysteme in

Nordrhein-Westfalen« gezeigt, dass strukturierte, verlässliche und berechenbare Kooperationen von Fachkräften bei öffentlichen und freien Trägern der Kinder- und Jugendhilfe, des Gesundheitssystems und von anderen familienbezogenen Dienstleistern einen wichtigen und sinnvollen Beitrag dazu leisten, riskante Lebenssituationen bei Kindern und Familien und in einem Sozialraum frühzeitiger wahrzunehmen, zu beurteilen und entsprechend zu handeln.

Frühwarnsysteme helfen, das Netzwerk verschiedener Institutionen, mit denen Familien und Kinder vor Ort in Kontakt stehen, auszubauen und zielgerichtet zu verbessern. In der dreijährigen Pilotphase haben sechs Modellprojekte in NRW bewiesen, dass Frühwarnsysteme bei vergleichsweise geringem Aufwand nachhaltige Verbesserungen bringen, z. B.

- frühe Hilfe statt späte Intervention,
- neue Zugangswege zu Familien und Problemlagen,
- gezielte, effiziente Zusammenarbeit verschiedener Hilfesysteme,
- konsequente Nutzung bestehender Angebote sowie
- innovative, qualifizierte soziale Arbeit mit Familien und im Sozialraum.

Das Institut für soziale Arbeit e. V. Münster ist vom Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie NRW beauftragt worden, ab sofort interessierte Kommunen und lokale Akteure in NRW beim Aufbau eines sozialen Frühwarnsystems zu unterstützen. In dem aktuellen Projekt »Soziale Frühwarnsysteme – Frühe Hilfen für Familien« soll es darum gehen, die Strategien, Zielsetzungen, Instrumente und Handlungsoptionen, die im Rahmen des Modellprojekts zwischen 2001 und 2004 entwickelt werden konnten, weiteren Kommunen bzw. Institutionen zugänglich zu machen. Insgesamt soll dann die Programmatik (Problematische Entwicklungen bei Familien mit Kindern frühzeitig erkennen und früh Hilfen anbieten) als eine kommunale Regelpraxis im Umgang mit diesen Entwicklungen etabliert werden.

Hierfür sprechen insbesondere folgende zwei Argumente:

1. Im Rahmen des Modellprojekts konnte gezeigt werden, dass eine systematische Wahrnehmung (Erkennen) riskanter Lebenssituationen von Kindern, Jugendlichen und Familien im Rahmen institutionenübergreifender vereinbarter Muster der Problembewertung (Definition von Risikoschwellen) dazu führt, dass früher und niedrigschwelliger Hilfen angeboten werden können. Verbindliche, verlässliche und »berechenbare« Kooperationen unterschiedlicher Handlungsfelder dienen der Optimierung des Hilfeprozesses und leisten einen wichtigen Beitrag für einen passgenauen Ressourceneinsatz.
2. Das Modell berücksichtigt stärker als andere präventive Ansätze in der sozialen Arbeit mit Familien und Kindern u. a. die Erkenntnisse der frühkindlichen Bindungsforschung und erreicht dadurch einen qualitativen Vorsprung: Die Handlungsoptionen der Fachkräfte werden auf der Basis dieser Erkenntnisse (z. B. »biografische Übergänge als »sensible Phase« wahrnehmen«, »Eltern-Kind-Bindung stärken« und »früher intervenieren«) deutlich erhöht.

Kontakt

Gregor Hensen

Diplom-Pädagoge,
Wissenschaftlicher Mitarbeiter

Institut für soziale Arbeit e. V.
Stadtstraße 20
48149 Münster

Telefon: 02 51 / 9 25 36-0
E-Mail: isa.hensen@muenster.de
Internet:
www.soziales-fruehwarnsystem.de

Literatur

- Jordan, E. (2000):
Sozialraum und Jugendhilfeplanung.
In: Jordan, E., Schone, R. (Hrsg.):
Handbuch Jugendhilfeplanung. Grundlagen,
Bausteine, Materialien.
Münster: Votum, 331–388.
- Jordan, E., Wagenblass, S. (2002):
Soziale Frühwarnsysteme.
In: ISA-Jahrbuch zur Sozialen Arbeit.
Münster: ISA – Institut für soziale Arbeit,
175–195.
- Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und
Familie des Landes Nordrhein-Westfalen (MGSFF
NRW) (Hrsg.) (2005a):
**Soziale Frühwarnsysteme – Frühe Hilfen für
Familien. Arbeitshilfe zum Aufbau und zur
Weiterentwicklung lokaler sozialer Früh-
warnsysteme.**
Münster: ISA – Institut für soziale Arbeit.
- Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und
Familie des Landes Nordrhein-Westfalen (MGSFF
NRW) (Hrsg.) (2005b):
**Soziale Frühwarnsysteme in NRW –
Ergebnisse und Perspektiven eines
Modellprojekts.**
Münster: ISA – Institut für soziale Arbeit.
- Münder, J., Mutke, B., Schone, R. (2000):
**Kindeswohl zwischen Jugendhilfe und Justiz.
Professionelles Handeln in Kindeswohl-
verfahren.**
Münster: Votum.
- Schatz, R. (Hrsg.) (2003):
Frühwarnsysteme.
Fribourg: Innovatio.
- Schone, R. (2000):
**Planung für Zielgruppen: Hilfen für Säuglinge
und Kleinkinder in schwierigen Lebens-
bedingungen.**
In: Jordan, E., Schone, R. (Hrsg.):
Handbuch Jugendhilfeplanung. Grundlagen,
Bausteine, Materialien.
Münster: Votum, 442–460.
- Wagenblass, S. (2005):
**Soziale Frühwarnsysteme – Frühe Hilfen für
Kinder und Familien.**
In: Deegener G., Körner, W. (Hrsg.):
Kindesmisshandlung und Vernachlässigung.
Ein Handbuch.
Göttingen: Hogrefe, 770–781.
- Ziegenhain, U., Fries, M., Bütow, B., Derksen, B.
(2004):
**Entwicklungspsychologische Beratung für
junge Eltern. Grundlagen und
Handlungskonzepte für die Jugendhilfe.**
Weinheim und München: Juventa.

Früherkennung von Familien mit erhöhten Misshandlungs- oder Vernachlässigungsrisiken

Einleitung

Misshandlung und Vernachlässigung von Kindern werden weltweit als schwerwiegende Probleme anerkannt (Krug et al., 2002). Die Weiterentwicklung von Diagnose- und Interventionsstrategien bei einer vorliegenden Kindeswohlgefährdung war daher in den letzten Jahren ein wichtiges Thema der Jugendhilfediskussion in der Bundesrepublik (Münder et al., 2000; Kindler et al., im Druck) wie auch international (z.B. MacDonald, 2001; Munro, 2002). Angesichts des mit Misshandlung und Vernachlässigung verbundenen Leids für betroffene Kinder und Eltern wurde darüber hinaus seit den 70er-Jahren in verschiedenen Wellen über die Möglichkeit einer primären Prävention von Misshandlung bzw. Vernachlässigung diskutiert (zur Geschichte der Debatte siehe Daro & Donnelly, 2002; zu den wesentlichen Beiträgen zählen etwa Browne et al., 1988; Wolfe, 1991; Thompson, 1995; Guterman, 2001). Teilweise wurden universelle Präventionsmaßnahmen, die sich also an alle Eltern richten, erprobt (z.B. Sanders et al., 2003).

Umsetzungsversuche betrafen beispielsweise die Einführung eines gesetzlichen Verbots von Körperstrafen (z.B. Bussmann, 2003) oder eine bessere Aufklärung über die Gefahren eines Schüttelns von Säuglingen und Kleinkindern (Dias et al., 2005). Der Schwerpunkt der internationalen Diskussion lag aber bei selektiven Präventionsmaßnahmen, d.h. bei Maßnahmen, die sich an Familien mit erhöhten Misshandlungs- bzw. Vernachlässigungsrisiken wenden. Selektive Präventionsmaßnahmen bieten wichtige Vorteile. In erster Linie erlauben sie eine Konzentration vorhandener Ressourcen und dadurch intensivere Präventionsmaßnahmen genau an den Stellen in der Gesellschaft, an denen sie am dringendsten benötigt werden. Selektive Präventionsmaßnahmen können aber nur unter einer Reihe von Voraussetzungen wirksam werden:

- Erstens müssen wesentliche Risikofaktoren für Misshandlung bzw. Vernachlässigung bekannt sein.
- Zweitens müssen bei einem erheblichen Teil der Fälle von Misshandlung bzw. Vernachlässigung auch tatsächlich wesentliche Risikofaktoren vorliegen.¹
- Drittens müssen relevante Risikofaktoren in der Praxis erkennbar sein und
- viertens müssen im Fall eines Vorliegens wesentlicher Risikofaktoren wirksame Handlungsstrategien verfügbar sein, die die hinter den statistischen Risikofaktoren liegenden kausalen Risikomechanismen günstig beeinflussen können.

Im vorliegenden Artikel geben wir einen kurzen Forschungsüberblick zu den ersten drei Punkten dieser Liste.

Risikofaktoren für Misshandlung bzw. Vernachlässigung in der Allgemeinbevölkerung

Die Anzahl der Untersuchungen, in denen Risikofaktoren für Misshandlung bzw. Vernachlässigung untersucht wurden, ist in den vergangenen 30 Jahren kontinuierlich angewachsen (für zwei systematische Forschungsübersichten siehe Black et al., 2001; Schumacher et al., 2001). Besonders aussagekräftig für die primäre Prävention sind Arbeiten, in denen eine große Bandbreite an möglichen Risikofaktoren in repräsentativen Stichproben von Neugeborenen über möglichst lange Zeiträume untersucht wurde. Die Glaubwürdigkeit steigt zudem bei Befunden, die in mehreren Studien aus verschiedenen Ländern bzw. ethnisch-kulturellen Gruppen und unter Einsatz verschiedener Methoden zur Feststellung von Misshandlung bzw. Vernachlässigung bestätigt wurden. Untersuchungen, die diese Bedingungen ganz oder überwiegend erfüllen, sind allerdings noch selten (Brown et al., 1998; Sidebotham et al., 2001, 2002; Wu et al., 2004). Zu den wichtigsten aus diesen Forschungen ableitbaren Risikofaktoren zählen Armut, Sucht und eine

Geschichte schwerer psychischer Erkrankung. Werden diese Risikofaktoren für sich genommen betrachtet, scheint bei betroffenen Eltern die Wahrscheinlichkeit von Misshandlung bzw. Vernachlässigung im Mittel drei- bis vierfach erhöht.

Für eine Reihe weiterer Faktoren, wie etwa jugendliches Alter der Mutter oder mehrere zu versorgende Vorschulkinder im Haushalt, wurde wiederholt ein zwei- bis dreifach erhöhtes Misshandlungs- bzw. Vernachlässigungsrisiko gefunden. Aufgrund einer Wechselwirkung zwischen Stichprobengröße und Intensität bzw. Zeitaufwand, mit denen Familien untersucht werden können, beschränken sich die bislang genannten großen Studien auf relativ leicht erkennbare Risikofaktoren. Aus intensiveren Längsschnittstudien an kleineren Stichproben sind mehrere weitere starke Risikofaktoren (drei- bis sechsfach erhöhtes Risiko) bekannt, wie etwa Partnerschaftsgewalt, ausgeprägte Ohnmachtsgefühle gegenüber dem Kind oder eine Geschichte eigener Misshandlung bzw. Vernachlässigung bei einem Elternteil (Ertem et al., 2000; Kindler, im Druck). Kleinere Untersuchungen müssen sich allerdings auf Stichproben mit etwas erhöhter Grundwahrscheinlichkeit von Misshandlung bzw. Vernachlässigung konzentrieren (z.B. Familien in Armutslagen), um überhaupt Ergebnisse erzielen zu können. Die Generalisierbarkeit der Befunde auf die Allgemeinbevölkerung wird dadurch natürlich eingeschränkt.

Wie in anderen Bereichen der Risikoforschung (z.B. Appleyard et al., 2005) zeigte sich auch im Hinblick auf Misshandlungs- und Vernachlässigungsrisiken in der Allgemeinbevölkerung ein sprunghafter Anstieg der Gefährdung, wenn

¹ Dies ist nicht selbstverständlich. Beispielsweise stellt die Stoffwechselstörung der Phenylketonurie in unbehandelter Form einen ganz erheblichen Risikofaktor für geistige Beeinträchtigungen eines Kindes dar. Zugleich liegt der Risikofaktor aber nur bei einer ganz kleinen Minderheit der Kinder, die von geistiger Beeinträchtigung bedroht sind, vor.

mehrere Risikofaktoren zusammenwirken. In der Untersuchung von Brown et al. (1998) lag diese Schwelle etwa bei mehr als drei vorliegenden Risikofaktoren. In der Studie von Wu et al. (2004) ereigneten sich in der Gruppe der Familien mit drei oder mehr Risikofaktoren (13 % der Gruppe von Eltern mit neugeborenem Kind) etwas mehr als 50 % aller bekannt werdenden Misshandlungen in den ersten drei Lebensjahren. Aus diesen Zahlen lässt sich das Potenzial einer frühen selektiven Prävention deutlich ablesen.

Verfahren zum Screening von Misshandlungs- bzw. Vernachlässigungsrisiken

Gestützt auf die vorliegenden Befunde zu Risikofaktoren und ihrer kumulativen statistischen Wirkung, wurde weltweit an verschiedenen Stellen der Versuch gemacht, Screeningverfahren zur Identifizierung von Familien mit deutlich erhöhten Misshandlungs- bzw. Vernachlässigungsrisiken zu entwickeln, um den betroffenen Müttern und Vätern dann freiwillige, präventiv wirkende Unterstützungsangebote machen zu können. In einer Analyse von 19 Programmen zur Prävention von Misshandlung bzw. Vernachlässigung konzentrierte sich die überwiegende Mehrzahl (14) auf Risikogruppen, wobei fünf Programme nur auf einzelne Risikofaktoren (z. B. jugendliche Mutter) achteten, während im Rest eine größere Bandbreite an möglichen Risikofaktoren gescreent wurde (Guterman, 1999). In einer weiteren, kürzlich veröffentlichten Auswertung von 43 selektiven Präventionsprogrammen (Geeraert et al., 2004) hatten 25 Programme existierende Screeningverfahren übernommen und in der Mehrzahl der restlichen Programme wurde ein selbst entwickeltes Screeningverfahren eingesetzt. Screeningverfahren funktionieren dann gut, wenn sie

- diejenigen Fälle, in denen es später tatsächlich zur Misshandlung bzw. Vernachlässigung des Kindes kommt, möglichst zuverlässig erkennen (Sensitivität) und
- Familien, in denen dies nicht geschieht, möglichst häufig als Fälle mit einem geringen Risiko einstufen (Spezifität). Derzeit liegt etwa ein Dutzend Studien vor, in denen Screeningverfahren auf ihre

Vorhersagegüte hin überprüft wurden (für Forschungsübersichten siehe Leventhal, 1988; McCurdy, 1995; Peters & Barlow, 2003; Nygren et al., 2004). Die Sensitivität der untersuchten Instrumente reicht dabei von etwa 30 bis 100 % mit einem deutlichen Schwerpunkt oberhalb von 80 %. Etwas ungünstiger sind die Zahlen zur Spezifität, die über alle Untersuchungen hinweg von etwa 20 bis 90 % reichen, wobei die Werte etwas gleichmäßiger über die gesamte Bandbreite hinweg verteilt sind, mit einem noch erkennbaren Schwerpunkt um die 80 %.

Zur Veranschaulichung dieser Zahlen lässt sich eine Untersuchung von Murphy et al. (1985) verwenden, in der ein bestimmtes Instrument, das »Kempe Family Stress Inventory«, auf seine Aussagekraft hin überprüft wurde. Hierzu wurden 600 Frauen während einer Schwangerschaft mit dem Instrument interviewt und einer Gruppe mit hohem oder eher niedrigem Risiko zugeordnet. Zu einem späteren Zeitpunkt, als die Kinder ein bis zwei Jahre alt waren, wurde bei allen Familien aus der Risikogruppe und einer Zufallsauswahl der Fälle mit einem als gering eingeschätzten Risiko anhand von Krankenhausunterlagen untersucht, ob die betroffenen Kinder zwischenzeitlich im Zusammenhang mit Misshandlung bzw. Vernachlässigung hatten behandelt werden müssen. Die Sensitivität des Instruments betrug 80 %, d. h. von den 25 Fällen mit dokumentierter Misshandlung bzw. Vernachlässigung waren 20 bereits während der Schwangerschaft als Risikofälle eingestuft worden. Die Spezifität betrug 89 %, d. h. von 170 Kindern, bei denen keine Hinweise auf Misshandlung bzw. Vernachlässigung vorlagen, waren 152 vorab der Gruppe mit geringem Risiko zugeordnet worden.

Die vorliegenden Zahlen zur Sensitivität von Screeningverfahren deuten darauf hin, dass ein hoher Anteil der Kinder, die später Misshandlung bzw. Vernachlässigung erleben müssen, mit relativ einfachen Mitteln bereits vorab für Präventionsmaßnahmen erkennbar wäre. Die Zahlen zur Spezifität erzählen dagegen eine etwas andere Geschichte. Da die Gruppe der nicht-misshandelnden und nicht-vernachlässigenden Eltern sehr groß ist, bedeutet selbst eine Spezifität von 80 % und darüber, dass in absoluten Zahlen viele Eltern fälschlich der Hoch-

risikogruppe zugeordnet werden. In der Untersuchung von Murphy et al. (1985) lag die Rate der Eltern aus der Hochrisikogruppe, deren Kind später tatsächlich misshandelt bzw. vernachlässigt wurde, bei 52 %. Dies hat eine ganz klare Konsequenz: Screeningverfahren filtern nicht ausschließlich zukünftige Kindesmisshandler heraus. Bei einem Teil der risikobehafteten Eltern würde es auch ohne Hilfe nie zu einer Kindeswohlgefährdung kommen. Deshalb ist ein sehr sorgfältiger und reflektierter Umgang mit diesen Instrumenten vonnöten, um betroffene wie auch nicht betroffene Eltern in den Augen der Fachkräfte oder der Öffentlichkeit nicht zu diskreditieren. Es geht nur darum, gezielt solche Eltern zu erreichen, die mit größerer Wahrscheinlichkeit als andere mit ihren Kindern in schwierige oder gar gefährliche Situationen geraten.

Welche Faktoren werden bei etablierten Screeningverfahren berücksichtigt?

Eine systematische und aktuelle Analyse der Risikofaktoren, die in den etablierten Screeningverfahren berücksichtigt werden, liegt bislang nicht vor. Wir haben uns daher entschlossen, anhand von zwei Beispielfahrern die einbezogenen Faktoren und konkreten Vorgehensweisen zu erläutern. Das bereits erwähnte »Kempe Family Stress Inventory« beinhaltet etwa zehn Punkte, die auf der Grundlage eines Interviews mit der Mutter als »unproblematisch«, »problematisch« oder »sehr problematisch« eingeschätzt werden. Für das Interview gibt es einige Vorschläge, aber keine strikt vorgegebene Form. Die zu beurteilenden Punkte beinhalten etwa das Vorliegen von Misshandlung oder Vernachlässigung in der Kindheit des befragten Elternteils, das Vorhandensein von sozialer Isolation, niedrigem Selbstwertgefühl oder Depression, das Vorkommen aggressiver Temperamentsausbrüche oder das Vorliegen unrealistischer oder starrer Erwartungen an das Kind bzw. seine Entwicklung. Nach dem Bewerten der einzelnen Punkte wird aus allen Einschätzungen als »problematisch« oder »sehr problematisch« ein Gesamtwert gebildet. Zuletzt wird anhand eines vorab festgelegten Kriteriums eine Einwertung als Fall mit hohem oder geringem Risiko

vorgenommen. Eine detaillierte Beschreibung des Verfahrens und der hierzu vorliegenden Forschung findet sich bei Korfmacher (2000). Da das Interview mehr als eine Stunde in Anspruch nehmen kann, wird in einigen großen Präventionsprojekten ein zweistufiges Verfahren eingesetzt, bei dem zunächst anhand einer rasch auszufüllenden Liste an Risikofaktoren einige Familien ausgewählt werden, die dann mit dem »Kempe Family Stress Inventory« interviewt werden und denen gegebenenfalls die Teilnahme an einem Präventionsprogramm angeboten wird (z.B. Duggan et al., 2000). Während das »Kempe Family Stress Inventory« aus den USA stammt, wurde vor kurzem in Belgien ein anderes Screeningverfahren entwickelt, das im Rahmen von Hausbesuchen durch Kinderkrankenschwestern nach der Geburt eines Kindes eingesetzt wird, um Familien zu identifizieren, denen eine intensivere Betreuung angeboten wird (Grietens et al., 2004). Dieses Verfahren enthält 20 Faktoren, die von der Fachkraft als vorliegend oder nicht vorliegend eingeschätzt werden. Einige dieser Faktoren zielen auf eine mögliche soziale Isolation der Mutter (z.B. wenig Unterstützung durch den Partner, wenig und unbefriedigende Kontakte außerhalb der Familie), andere auf ihre Kommunikationsfähigkeit gegenüber der Hausbesucherin (z.B. Mutter gibt wenige oder sehr unvollständige Informationen über ihren Umgang mit dem Kind). Weitere Fragen betreffen schließlich psychologische Merkmale der Mutter (z.B. Hilflosigkeit in Belastungssituationen, wiederholte Krisen im Leben der Mutter).

Ausblick

Mehrere Meta-Analysen (Elkan et al., 2000; MacLeod & Nelson, 2000; Layzer et al., 2001; Geeraert et al., 2004; Sweet & Appelbaum, 2004; Bilukha et al., 2005) haben in letzter Zeit den mittlerweile international erreichten Stand bei selektiven primären Präventionsprogrammen gegen Kindesmisshandlung bzw. -vernachlässigung analysiert, eine grundlegend positive Bilanz der Wirksamkeit einiger Programme gezogen und Perspektiven für die Weiterentwicklung aufgezeigt. Entwicklung und Einsatz aussagefähiger Screeningverfahren haben zu diesem Erfolg beigetragen. In der Bundesrepublik

wird das Thema der frühen Prävention gerade erst (neu) entdeckt (z.B. Jordan et al., 2005), obwohl auch deutsche Analysen zeigen, dass eine hohe Anzahl an Gefährdungsfällen, in denen die Fremdunterbringung eines Kindes notwendig wurde, bereits frühzeitig als Hochrisikofälle erkennbar gewesen wären (Kratzsch, im Druck). In Deutschland könnten im Rahmen der Schwangerenvorsorge, der Geburtshilfe und der kinderärztlichen Versorgung regelhaft eingesetzte aussagefähige Screeningverfahren einen wesentlichen Beitrag dazu leisten, Eltern mit Misshandlungs- oder Vernachlässigungsrisiken möglichst frühzeitig zu erkennen und diesen Eltern gezielt geeignete Präventionsprogramme anzubieten. Eine stärkere Verankerung von selektiven primären Präventionsprogrammen gegen Kindesmisshandlung bzw. -vernachlässigung in Deutschland würde nicht nur zu einer vom Gesetzgeber gewollten präventiven Neuausrichtung der Kinder- und Jugendhilfe beitragen, sondern bei einem besonders verletzlichen und belasteten Anteil von Familien vielfältige Verbesserung der Erziehungsfähigkeiten, der familiären Anregungsbedingungen und der Eltern-Kind-Beziehung unterstützen (Kendrick et al., 2000; Geeraert et al., 2004).

Kontakt

Dr. Heinz Kindler
Diplom-Psychologe

Deutsches Jugendinstitut e.V.
Pflegekinderhilfe
Nockherstraße 2
81541 München

Telefon: 089/623 06-245
E-Mail: kindler@dji.de
Internet: www.dji.de/pkh

Susanna Lillig
Diplom-Psychologin

IKK

Telefon: 089/623 06-184
E-Mail: lillig@dji.de
Internet: www.dji.de/ikk

Literatur

- Appleyard, K., Egeland, B., van Dulmen, M., Sroufe, L. A. (2005):
When more is not better: The role of cumulative risk in child behaviour outcomes.
In: Journal of Child Psychology and Psychiatry, 46, 235–245.
- Bilukha, O., Hahn, R. A., Crosby, A., Fullilove, M. T., Liberman, A., Moscicki, E., Snyder, S., Tuma, F., Corso, P., Schofield, A., Briss, P. A., Task Force on Community Preventive Services (2005):
The Effectiveness of Early Childhood Home Visitation in Preventing Violence.
In: American Journal of Preventive Medicine, 28, 11–39.
- Black, D. A., Heyman, R. E., Smith Slep, A. M. (2001):
Risk factors for child physical abuse.
In: Aggression and Violent Behavior, 6, 121–188.
- Brown, J., Cohen, P., Johnson, J. G., Salzinger, S. (1998):
A Longitudinal Analysis of Risk Factors for Child Maltreatment: Findings of a 17-Year Prospective Study of Officially Recorded and Self-Reported Child Abuse and Neglect.
In: Child Abuse & Neglect, 22, 1065–1078.
- Browne, K., Davies, C., Stratton, P. (1988):
Early Prediction and Prevention of Child Abuse.
Chichester: Wiley.
- Bussmann, K. (2003):
Erste Auswirkungen des Gesetzes zur Ächtung der Gewalt in der Erziehung.
In: IKK-Nachrichten, Heft 1–2/2003, 1–4.
- Daro, D., Donnelly, A. C. (2002):
Charting the waves of prevention: two steps forward, one step back.
In: Child Abuse & Neglect, 26, 731–742.
- Dias, M., Smith, K., deGuehery, K., Mazur, P., Li, V., Shaffer, M. L. (2005):
Preventing Abusive Head Trauma among Infants and Young Children: A Hospital-Based, Parent Education Program.
In: Pediatrics, 115, 470–477.
- Duggan, A., Winham, A., McFarlane, E., Fuddy, L., Rohde, C., Buchbinder, S., Sia, C. (2000):
Hawaii's Healthy Start Program of Home Visiting for At-Risk-Families: Evaluation of Family Identification, Family Engagement, and Service Delivery.
In: Pediatrics, 105, 250–259.
- Elkan, R., Kendrick, D., Hewitt, M., Robinson, J., Tolley, K., Blair, M., Dewey, M., Williams, D., Brummell, K. (2000):
The effectiveness of domiciliary health visiting: A systematic review of international studies and a selective review of the British literature.
Health Technology Assessment, 4 (13).

- Ertem, I. O., Leventhal, J. M., Dobbs, S. (2000): **Intergenerational continuity of child physical abuse: How good is the evidence?**
In: The Lancet, 356, 814–819.
- Geeraert, L., van den Noortgate, W., Grietens, H., Onghena, P. (2004): **The Effects of Early Prevention Programs for Families with Young Children at Risk for Physical Child Abuse and Neglect: A Meta-Analysis.**
In: Child Maltreatment, 9, 277–291.
- Grietens, H., Geeraert, L., Hellinckx, W. (2004): **A scale for home visiting nurses to identify risks of physical abuse and neglect among mothers with newborn infants.**
In: Child Abuse & Neglect, 28, 321–337.
- Guterman, N. B. (2001): **Stopping child maltreatment before it starts: Emerging horizons in early home visitation services.**
Thousand Oaks: Sage.
- Guterman, N. B. (1999): **Enrollment Strategies in Early Home Visitation to Prevent Physical Child Abuse and Neglect and the »Universal Versus Targeted« Debate: A Meta-Analysis of Population-Based and Screening-Based Programs.**
In: Child Abuse & Neglect, 23, 863–890.
- Jordan, E., Schneider, K., Wagenblaus S. (2005): **Soziale Frühwarnsysteme in NRW – Ergebnisse und Perspektiven eines Modellprojektes.**
Düsseldorf: Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen.
- Kendrick, D., Elkan, R., Hewitt, M., Dewey, M., Blair, M., Robinson, J., Williams, D., Brummell, K. (2000): **Does home visiting improve parenting and the quality of the home environment? A systematic review and meta-analysis.**
In: Archives of Disease in Childhood, 82, 443–451.
- Kindler, H. (im Druck): **Wie können Misshandlungs- und Vernachlässigungsrisiken eingeschätzt werden?**
In: Kindler, H., Lillig, S., Blüml, H., Werner, A. (Hrsg.): Handbuch Kindeswohlgefährdung nach § 1666 BGB und Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD). München: DJI.
- Kindler, H., Lillig, S., Blüml, H., Werner, A. (im Druck): **Handbuch Kindeswohlgefährdung nach § 1666 BGB und Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD).**
München: DJI.
- Korfmacher, J. (2000): **The Kempe Family Stress Inventory: A Review.**
In: Child Abuse & Neglect, 24, 129–140.
- Kratzsch, W. (im Druck): **Früherkennung und Prävention bei Kindern aus psychosozialen Hochrisikofamilien: Wege und Vorgehensweise aus der Sicht eines Kinderneurologischen Zentrums.**
In: Kinderärztliche Praxis.
- Krug, E. G., Dahlberg, L. L., Mercy, J. A., Zwi, A. B., Lozano, R. (2002): **World Report on Violence and Health.**
Geneva: WHO.
- Layzer, J. I., Goodson, B. D., Bernstein, L., Price, C. (2001): **National Evaluation of Family Support Programs. Final Report Vol. A: The Meta-Analysis.**
Washington: DHHS.
- Leventhal, J. M. (1988): **Can Child Maltreatment be Predicted During the Perinatal Period: Evidence from Longitudinal Cohort Studies?**
In: Journal of Reproductive and Infant Psychology, 6, 139–161.
- MacDonald, G. (2001): **Effective Interventions for Child Abuse and Neglect. An Evidence-based Approach to Planning and Evaluating Interventions.**
Chichester: Wiley.
- MacLeod, J., Nelson, G. (2000): **Programs for the Promotion of Family Wellness and the Prevention of Child Maltreatment: A Meta-Analytic Review.**
In: Child Abuse & Neglect, 24, 1127–1149.
- McCurdy, K. (1995): **Risk assessment in child abuse prevention programs.**
In: Social Work Research, 19, 77–87.
- Münder, J., Mutke, B., Schone, R. (2000): **Kindeswohl zwischen Jugendhilfe und Justiz. Professionelles Handeln in Kindeswohlverfahren.**
Münster: Votum.
- Munro, E. (2002): **Effective child protection.**
Thousand Oaks: Sage.
- Murphy, S., Orkow, B., Nicola, R. (1985): **Prenatal Prediction of Child Abuse and Neglect: A Prospective Study.**
In: Child Abuse & Neglect, 9, 225–235.
- Nygren, P., Nelson, H., Klein, J. (2004): **Screening Children for Family Violence: A Review of the Evidence for the US Preventive Services Task Force.**
In: Annals of Family Medicine, 2, 161–169.
- Peters, R., Barlow, J. (2003): **Systematic Review of Instruments Designed to Predict Child Maltreatment During the Antenatal and Postnatal Period.**
In: Child Abuse Review, 12, 416–439.
- Sanders, M. R., Cann, W., Markie-Dadds, C. (2003): **Why a Universal Population-Level Approach to the Prevention of Child Abuse is essential.**
In: Child Abuse Review, 12, 145–154.
- Schumacher, J. A., Smith Slep, A. M., Heyman, R. E. (2001): **Risk factor for child neglect.**
In: Aggression and Violent Behavior, 6, 231–254.
- Sidebotham, P., Golding, J., The ALSPAC Study Team (2001): **Child Maltreatment in the »Children of the Nineties«: A longitudinal study of parental risk factors.**
In: Child Abuse & Neglect, 25, 1177–1200.
- Sidebotham, P., Heron, J., Golding, J., The ALSPAC Study Team (2002): **Child Maltreatment in the »Children of the Nineties«: Deprivation, class, and social networks in a UK sample.**
In: Child Abuse & Neglect, 26, 1243–1259.
- Sweet, M. A., Appelbaum, M. I. (2004): **Is Home Visiting an Effective Strategy? A Meta-Analytic Review of Home Visiting Programs for Families with Young Children.**
In: Child Development, 75, 1435–1456.
- Thompson, R. A. (1995): **Preventing Child Maltreatment Through Social Support. A Critical Analysis.**
Thousand Oaks: Sage.
- Wolfe, D. A. (1991): **Preventing physical and emotional abuse of children.**
New York: Guilford.
- Wu, S. S., Ma, C.-X., Carter, R. L., Ariet, M., Feaver, E. A., Resnick, M. B., Roth, J. (2004): **Risk factors for infant maltreatment. A population-based study.**
In: Child Abuse & Neglect, 28, 1253–1264.

»So früh wie möglich!« – Ergebnisse der Resilienzforschung

Immer wieder begegnet uns das Phänomen, dass sich einige Kinder trotz widrigster Lebensumstände – entgegen aller Erwartung – erstaunlich positiv und kompetent entwickeln. Was diese Kinder derart »robust« und »widerstandsfähig« macht, dass sie Lebensbelastungen wie z. B. Gewalterfahrungen, Armut, Arbeitslosigkeit der Eltern oder schwere Erkrankung so erfolgreich meistern können, und wie wir Kinder darin unterstützen können, solche entscheidenden Bewältigungskompetenzen zu entwickeln, wird in jüngerer Zeit unter dem Begriff »Resilienz«¹ genauer untersucht. Ziel der Resilienzforschung ist es, ein besseres Verständnis darüber zu erlangen, welche Bedingungen psychische Gesundheit und Stabilität bei Kindern, die besonderen Entwicklungsrisiken ausgesetzt sind, erhalten und fördern. Der Resilienz-Ansatz bedingt damit einen Perspektivenwechsel: nämlich weg von dem traditionellen Defizit-Ansatz hin zu einem kompetenz- bzw. ressourcenorientierten Ansatz (vgl. Wustmann, 2004a, 2004b, 2005). In Bezug auf Prävention und Intervention leitet sich daraus die Forderung ab, allen Kindern sowie speziellen Risikokindern frühzeitig, lang andauernd und intensiv Möglichkeiten anzubieten, dass sie diese wichtigen Basiskompetenzen entwickeln können, die für die Bewältigung schwieriger Lebensumstände förderlich sind. Denn frühzeitige Präventionsansätze können hier vorbeugen, dass ungünstige Bewältigungswege beschränkt und stabilisiert werden, die den Umgang mit Belastungen in späteren Entwicklungsabschnitten erschweren. Ein großer Bestand an Coping-Fähigkeiten sowie sozialen Ressourcen trägt zu einer aktiven, konstruktiven und erfolgreichen Auseinandersetzung mit der Risikosituation bei und stellt insofern ein zentrales Präventionsziel der Resilienzforschung dar. Zu diesen Präventionszielen können die familialen und außerfamilialen Bildungs- und Erziehungskontexte einen wichtigen Beitrag leisten: Sie können frühzeitig auf die Förderung von solchen Resilienzfaktoren fokussieren, Kindern wirksame Handlungsmöglichkeiten aufzeigen, wie sie mit Stress-

und Problemsituationen umgehen können, und ihnen Stabilität und Sicherheit vermitteln.

Entwicklung und Charakteristika des Resilienzkonzepts

Durch zahlreiche Untersuchungen zu Risikoeinflüssen kindlicher Entwicklung hatte man (zu Beginn der 1970er-Jahre) zunehmend erkannt, dass große Unterschiede existieren, wie Kinder auf Risikobedingungen reagieren: Auf der einen Seite gibt es Kinder, die Verhaltensstörungen entwickeln, auf der anderen Seite Kinder, die relativ unbeschadet »davonkommen« oder die an diesen schweren Lebensbedingungen sogar erstarken und wachsen. Die Befunde legten nahe, dass widrige Lebensumstände und extreme Risikosituationen nicht zwangsläufig zu Beeinträchtigungen der kindlichen Entwicklung führen müssen, sondern einige Kinder vielmehr erstaunliche Fähigkeiten besitzen bzw. entwickeln, solchen negativen Einflüssen »entgegenzutreten«. So kam Garmezy (1971) z. B. in seiner Untersuchung von Kindern mit einem psychisch kranken Elternteil (Schizophrenie) zu dem Ergebnis, dass die elterliche Erkrankung zwar durchaus ein Risiko für die kindliche Entwicklung darstellt, aber dennoch (entgegen aller Erwartung) über 90% der Kinder keine psychische Störung entwickelten. Lange Zeit wurde dieses Phänomen der psychischen Widerstandskraft in der Erforschung kindlicher Entwicklungsverläufe nahezu ausgeblendet: Zum einen interessiert man sich mehr für die Ursachen bzw. Entstehungsbedingungen von Entwicklungsstörungen sowie für die einzelnen Risikobedingungen; zum anderen schien es in gewisser Weise unerklärbar, und viele ForscherInnen zeigten auch Scheu, den Fokus auf die »positiven« Reaktionen zu richten (Rutter, 2000). Man bezeichnete diese Kinder zunächst als »unverwundbar, unbesiegbar oder unverwundlich« (vgl. z. B. Anthony, 1974; Werner & Smith, 1982), ohne aber genau zu wissen, wodurch und wie sie es geschafft hatten, sich an die belastenden

Lebenssituationen effektiv anzupassen. Es wurde angenommen, dass sie so stark sind, dass sie unter keinen Umständen psychische Beeinträchtigungen entwickeln. Ihnen wurden damit beinahe mystische, übermenschliche Qualitäten zugeschrieben, was sich in der Literatur in Titeln wie die »Wunderkinder« oder »Superkids« (vgl. z. B. Kauffman et al., 1979) widerspiegelte.

Anfang der 1980er-Jahre gewann dieses Konzept der so genannten unverwundbaren Kinder zunehmend an Popularität. Die Erkenntnis, dass manche Kinder schwierige Lebensumstände derart gut meistern, führte dann doch zu einem verstärkten Forschungsinteresse, die individuell verschiedenen Entwicklungsverläufe der Kinder detailliert zu ergründen und insbesondere deren personale Qualitäten und sozialen Ressourcen zu untersuchen, die ihnen zu dieser positiven Entwicklung verhelfen. Die Beachtung von solchen »schützenden Bedingungen« hatte damit eine erhebliche Erweiterung der traditionellen Risikoforschung zur Folge. Im Zuge der neueren Forschungsbefunde wurde die Annahme der »absoluten Unverwundbarkeit« schon bald widerlegt. Das Phänomen der Resilienz wird heute vielmehr wie folgt charakterisiert:

Resilienz ist ein dynamischer Anpassungs- und Entwicklungsprozess

Resilienz bezeichnet kein angeborenes Persönlichkeitsmerkmal eines Kindes, sondern umfasst eine Kapazität, die im Verlauf der Entwicklung im Kontext der Kind-Umwelt-Interaktion erworben wird (vgl. z. B. Kumpfer, 1999; Luthar, Cicchetti & Becker, 2000; Rutter, 2000; Waller, 2001). Resilienz bezieht sich auf

¹ Der Begriff »Resilienz« leitet sich von dem englischen Wort »resilience« (»Spannkraft, Elastizität, Strapazierfähigkeit«; lat. resilere = abprallen) ab und bezeichnet allgemein die Fähigkeit, erfolgreich mit belastenden Lebensumständen (Unglücken, traumatischen Erfahrungen, Misserfolgen, Risikobedingungen etc.) und negativen Folgen von Stress umzugehen. Resilienz kann damit verstanden werden als eine psychische Widerstandsfähigkeit von Kindern gegenüber biologischen, psychologischen und psychosozialen Entwicklungsrisiken (Wustmann, 2004a, 2004b, 2005).

einen dynamischen, transaktionalen Prozess zwischen Kind und Umwelt. Bedeutsam ist die bidirektionale Betrachtungsweise, d.h. die Beteiligung sowohl der Person als auch der Umwelt an der Entwicklung resilienten Verhaltens. Frühere Umweltbedingungen wirken z. B. insofern auf den Prozess ein, als dass positive und stabilisierende frühere Erfahrungen die Ausbildung von Bewältigungsfähigkeiten wesentlich begünstigen: Ein Kind, das sich einer Belastung gewachsen zeigt, geht aus dieser Erfahrung gestärkt hervor und schafft damit günstige Voraussetzungen, künftige Anforderungen erfolgreich zu bestehen (Laucht, Schmidt & Esser, 2000). Darüber hinaus wirkt auch das Kind regulierend auf seine Lebensumwelt ein, indem es seine Umwelt aktiv mitgestaltet und konstruiert. Die Kauai-Längsschnittstudie von Werner und Smith (2001) belegt z. B., dass die resilienten Kinder und Jugendlichen in der Lage waren, sich selbst eine Umwelt auszuwählen oder zu schaffen, die sie schützt und die ihre Fähigkeiten und Kompetenzen aufrechterhält bzw. weiter verstärkt.

Resilienz ist eine variable Größe

Resilienz bedeutet nach heutigem Forschungsstand keine stabile Immunität² gegenüber negativen Lebensereignissen und psychischen Störungen, sondern ist ein Konstrukt, das über Zeit und Situationen hinweg variieren kann. Die Fähigkeit, Risikobedingungen erfolgreich zu bewältigen, kann sich in der Entwicklung des Kindes sehr verändern (Scheithauer, Niebank & Petermann, 2000). So können sich neue Vulnerabilitäten³ und Ressourcen im Laufe der kindlichen Entwicklung und während akuter Stressepisoden herausbilden. Kinder können insofern zu einem bestimmten Zeitpunkt ihres Lebens resilient sein, zu einem späteren Zeitpunkt, unter anderen Risikoeinflüssen, wesentlich verletzlicher erscheinen. Im Entwicklungsverlauf gibt es Phasen erhöhter Vulnerabilität, so genannte kritische Perioden, z. B. zu Zeiten sozialer Entwicklungsübergänge (Transitionen), in denen Kinder besonders anfällig sind: Transitionen sind mit zahlreichen neuen Entwicklungsaufgaben verbunden und stellen somit erhöhte Anforderungen an die Anpassungsfähigkeit von Kindern,

beispielsweise beim Übergang vom Kindergarten in die Schule. Während dieser Phasen können Risikobedingungen eine stärkere Wirkung auf das psychosoziale Funktionsniveau des Kindes ausüben. Resilienz bezieht sich deshalb auf eine flexible, den jeweiligen Situationsanforderungen angemessene, d. h. »elastische« Widerstandsfähigkeit (Bender & Lösel, 1998), und bezeichnet keine »lebenslange« Fähigkeit gemäß dem Motto »einmal erworben und damit immer präsent«.

Resilienz ist situationsspezifisch und multidimensional

Resilienz in einem spezifischen Lebensbereich kann nicht automatisch auf alle anderen Lebens- oder Kompetenzbereiche übertragen werden. So können Kinder, welche chronischen elterlichen Konflikten ausgesetzt sind, z. B. hinsichtlich ihrer schulischen Leistungsfähigkeit resilient, hinsichtlich sozialer Kontakte und Beziehungen dagegen nicht resilient sein. Aus diesem Grund wird heute nicht mehr von einer universellen, sondern von einer situations-, lebensbereichs- bzw. domänen-spezifischen Resilienz ausgegangen (Scheithauer et al., 2000). Einige AutorInnen verwenden deshalb bereits speziellere Begriffe wie »emotional resilience«, »academic/educational resilience«, »social resilience« oder »behavioral resilience«, um die Terminologie zu präzisieren und Missverständnisse bzw. Fehlinterpretationen zu vermeiden (Luthar et al., 2000). Vor diesem Hintergrund wird bereits ein Problem des Resilienzkonzepts deutlich: nämlich die enorme Komplexität des Forschungsgegenstandes und damit einhergehend bislang sehr unterschiedliche methodische Zugänge.

Zusammenfassend umfasst Resilienz ein *hochkomplexes Zusammenspiel aus Merkmalen des Kindes und seiner Lebensumwelt*. Die Wurzeln für die Entstehung von Resilienz liegen in besonderen risikomildernden bzw. schützenden Faktoren innerhalb oder außerhalb des Kindes. Auf Grund dieser konstitutionellen, erlernten oder anderweitig verfügbaren Ressourcen unterscheiden sich die Menschen in ihrer Fähigkeit zur Belastungsregulation (Bender & Lösel, 1998). Resilienz wird heute als ein multidimensionales, kontextabhängiges und prozess-

orientiertes Phänomen betrachtet, das auf einer Vielzahl interagierender Faktoren beruht und somit nur im Sinne eines multikausalen Entwicklungsmodells zu begreifen ist.

Empirische Forschungsbefunde

Obwohl es große Unterschiede in den jeweiligen Risikobelastungen und methodischen Vorgehensweisen der Untersuchungen gibt – z. B. bezüglich ihrer Stichprobe, der Methodenauswahl, den untersuchten Risikobereichen bzw. Problemfeldern oder den Kriterien, was überhaupt eine »erfolgreiche« Anpassung kennzeichnet –, kamen dennoch viele Forscher zu relativ übereinstimmenden Befunden hinsichtlich jener Faktoren, die Resilienz charakterisieren bzw. an der Entstehung maßgeblich beteiligt sind. Als bedeutsame Untersuchungen können hier insbesondere die »Kauai-Längsschnittstudie« von Werner und Smith (2001), die so genannte Pionierstudie der Resilienzforschung mit einer Laufzeit von 40 Jahren, die »Mannheimer Risikokinderstudie« von Laucht et al. (2000), die »Bielefelder Invulnerabilitätsstudie« von Lösel und MitarbeiterInnen (z. B. Lösel & Bender, 1999) und das »Rochester Child Resilience Project« von Cowen et al. (1997) hervorgehoben werden.⁴ Zusammenfassend konnten in diesen Untersuchungen folgende entscheidende schützende Faktoren identifiziert werden (vgl. Wustmann, 2004a, 2004b, 2005):

Personale Ressourcen

Schon im Säuglingsalter wurden die resilienten Kinder der Kauai-Längsschnittstudie (Werner & Smith, 2001) von ihren Bezugspersonen als sehr aktiv, liebevoll, »pflegeleicht« und sozial aufgeschlossen charakterisiert. Sie zeigten sich als äußerst anpassungsfähig an neue

2 Anthropologisch gesehen ist eine Unverwundbarkeit bzw. Unverletzbarkeit auch gar nicht möglich: Wunden bzw. Blessuren sind generell nicht vermeidlich (Grünke, 2003).

3 Vulnerabilität kennzeichnet die Verwundbarkeit, Verletzbarkeit oder Empfindlichkeit einer Person gegenüber äußeren (ungünstigen) Einflussfaktoren, d. h. eine erhöhte Bereitschaft, psychische Erkrankungen zu entwickeln (Fingerle, 2000).

4 Nähere Beschreibungen zu den Studien finden sich in Wustmann (2004a).

Personale Ressourcen

Kindbezogene Faktoren

- Positive Temperamenteigenschaften, die soziale Unterstützung und Aufmerksamkeit bei den Betreuungspersonen hervorrufen (flexibel, aktiv, offen)
- Erstgeborenes Kind
- Weibliches Geschlecht (in der Kindheit)

Resilienzfaktoren

- Problemlösefähigkeiten
- Selbstwirksamkeitsüberzeugungen
- Positives Selbstkonzept/Hohes Selbstwertgefühl
- Internale Kontrollüberzeugung/Realistischer Attribuierestil
- Hohe Sozialkompetenz: Empathie/Kooperations- und Kontaktfähigkeit/Verantwortungsübernahme
- Aktives und flexibles Bewältigungsverhalten (z. B. die Fähigkeit, soziale Unterstützung zu mobilisieren, Entspannungsfähigkeiten)
- Sicheres Bindungsverhalten
- Optimistische, zuversichtliche Lebenseinstellung (Kohärenzgefühl)
- Talente, Interessen und Hobbys

Soziale Ressourcen

Innerhalb der Familie

- Mindestens eine stabile Bezugsperson, die Vertrauen und Autonomie fördert
- Emotional positives, unterstützendes und strukturierendes Erziehungsverhalten
- Zusammenhalt, Stabilität und konstruktive Kommunikation in der Familie
- Enge Geschwisterbindungen
- Unterstützendes familiäres Netzwerk (Verwandtschaft, Freunde, Nachbarn)

In den Bildungsinstitutionen

- Klare, transparente, konsistente Regeln und Strukturen
- Wertschätzendes Klima (Wärme, Respekt und Akzeptanz gegenüber dem Kind)
- Hoher, aber angemessener Leistungsstandard/Positive Verstärkung der Anstrengungsbereitschaft des Kindes
- Positive Peerkontakte/Positive Freundschaftsbeziehungen
- Förderung von Basiskompetenzen (Resilienzfaktoren)

Im weiteren sozialen Umfeld

- Kompetente und fürsorgliche Erwachsene außerhalb der Familie, die Vertrauen und Zusammengehörigkeitssinn fördern und als positive Rollenmodelle dienen (z. B. Großeltern, Nachbarn, Freunde, Lehrer)
- Ressourcen auf kommunaler Ebene (z. B. Angebote der Familienbildung, Gemeindearbeit)
- Vorhandensein prosozialer Rollenmodelle, Normen und Werte in der Gesellschaft (gesellschaftlicher Stellenwert von Kindern/Erziehung/Familie)

Situationen, hatten kaum Schlafprobleme oder Schwierigkeiten mit der Nahrungsaufnahme und konnten leicht beruhigt werden. Darüber hinaus wiesen sie ein hohes Antriebsniveau auf und zeigten sich kontaktfreudiger, emotional ausgeglichener und fröhlicher als vergleichbare nichtresiliente Kinder. Diese Eigenschaften stehen in direktem Gegensatz zu so genannten schwierigen Temperamentsmerkmalen (Thomas & Chess, 1980). Kinder mit einem »schwierigen« Temperament haben nicht nur genetisch mitbedingt ungünstigere Entwicklungsvoraussetzungen. Sie sind auch in größerer Gefahr, zur Zielscheibe negativer, feindseliger Gefühle und kritisierender, bestrafender Erziehungsverhaltens zu werden. Sie können relativ schnell in einen »Teufelskreis« sich gegenseitig bedingender, negativer Reaktionen geraten. Kinder mit so genannten *einfachen*

Temperamentsmerkmalen (ebd.) lösen dagegen eher positive Reaktionen wie Aufmerksamkeit, Wärme und soziale Unterstützung bei den Bezugspersonen aus (Julius & Goetze, 2000).

Im Kleinkindalter erschienen die resilienten Kinder der Kauai-Längsschnittstudie als selbstständiger, selbstbewusster und unabhängiger im Vergleich zu den nichtresilienten Kindern gleichen Alters und Geschlechts. Sie waren sowohl in ihren Kommunikations- und Bewegungsfähigkeiten weiter entwickelt als auch mehr in das soziale Spiel mit Gleichaltrigen integriert. Einerseits verfügten sie über gut entwickelte *Selbsthilfefertigkeiten* (verbunden mit dem Streben nach Autonomie), andererseits besaßen sie aber auch die *Fähigkeit, Hilfe zu erbitten*, wenn diese von ihnen als notwendig erachtet wurde. Gegenüber neuen Erfahrungen zeigten sie sich offen und

neugierig. In engem Zusammenhang damit steht die Tatsache, dass die meisten resilienten Kinder ein *sicheres Bindungsverhalten* entwickelt hatten: Kinder, die über eine sichere Bindung verfügen, beginnen früh, ihre Umwelt aktiv zu explorieren. Laut Julius und Goetze (ebd.) dürfte ein »solches Explorationsverhalten (...) die Wahrscheinlichkeit effektiver Handlungen erhöhen, die wiederum die Autonomie des Kindes stärken« (S. 297). Zimmermann et al. (2000) resümieren: »Eine sichere Bindungsorganisation ist demnach im Sinne der Entwicklungspsychopathologie (...) als eine zentrale risikomildernde Bedingung zu betrachten, eine unsichere Bindungsorganisation hingegen als Vulnerabilität. Bindungssicherheit oder -unsicherheit sind somit nicht gleichzusetzen mit seelischer Gesundheit bzw. Psychopathologie; vielmehr geht mit

Bindungssicherheit eine größere Kompetenz im Umgang mit vor allem emotionaler Belastung, das heißt einer effektiven Emotionsregulation, einher und stellt somit eine gute Voraussetzung dar, um Belastungen erfolgreich bewältigen zu können« (S. 310).⁵

Im Alter von zehn Jahren verfügten die resilienten Kinder der Kauai-Längsschnittstudie über besser entwickelte Problemlösefähigkeiten und ein *positives Selbstkonzept*. Die Haltung der resilienten Kinder war in Problemlösesituationen weniger reaktiv als vielmehr proaktiv. Sie übernahmen selbstständig Verantwortung in der jeweiligen Situation und waren aktiv um eine Problemlösung bemüht: Sie warteten nicht erst ab, bis ihnen jemand von außen (ein Erwachsener) das Problem abnahm oder zu Hilfe kam. Obwohl die resilienten Kinder weder besonders talentiert noch intellektuell hochbegabt waren, nutzten sie ihre eigenen Ressourcen und Fähigkeiten effektiv aus. Sie konnten sich gut auf ihre Schularbeiten konzentrieren und zeigten ein überdurchschnittliches Maß an Ausdauervermögen und Hartnäckigkeit (schulische Leistungsfähigkeit). Die guten Schulleistungen waren für sie eine bedeutende Quelle der Selbstbestätigung. Sie halfen, die negativen Erfahrungen in der Familie zu kompensieren (Bender & Lösel, 1998). Darüber hinaus besaßen die resilienten Kinder *Selbstwirksamkeitsüberzeugungen*. Die protektive Wirkung von Selbstwirksamkeit liegt vor allem in der Motivation für und Ausführung von aktiven Bewältigungsversuchen (Fingerle, Freytag & Julius, 1999): Wer nicht erwartet, mit seiner Handlung etwas zu bewirken, wird gar nicht erst versuchen, etwas zu verändern bzw. zu riskieren, sondern die Situationen meiden und sich selbst negativ einschätzen. Wer dagegen positive Erwartungen hinsichtlich seiner eigenen Selbstwirksamkeit hat, wird diese auch auf neue Situationen übertragen und sich ein gewisses Schwierigkeitsniveau zutrauen. Auf Grund dieser Selbstwirksamkeitsüberzeugungen entwickelten die resilienten Kinder Zuversicht und Vertrauen in sich selbst, was letztlich mit einer größeren Selbstsicherheit, positiveren Selbsteinschätzung und mehr Eigenaktivität einherging.

Im Jugendalter (18 Jahre) zeichneten sich die resilienten Kinder der Kauai-Studie durch eine stärker ausgeprägte

*internale Kontrollüberzeugung*⁶ und eine *höhere Sozialkompetenz* aus. Sie waren verantwortungsbewusster, selbstständiger und leistungs- bzw. zielorientierter als vergleichbare nichtresiliente Jugendliche. Sie verfügten über mehr effektive Konfliktlösestrategien, besaßen Selbstvertrauen in ihre eigenen Fähigkeiten und die Zuversicht, dass die Dinge sich erwartungsgemäß zum Guten wenden werden (*optimistische, zuversichtliche Lebenseinstellung*). Darüber hinaus zeigten sie Empathie und Hilfsbereitschaft gegenüber anderen Menschen. Viele mussten z. B. Verantwortung für die Betreuung eines jüngeren Geschwisterkindes übernehmen, den Haushalt führen, wenn die Eltern krank oder behindert waren, oder Teilzeit-Jobs nach der Schule ausüben, um zum Lebensunterhalt der Familie beizutragen. Diese frühzeitige Verantwortungsübernahme für sich und andere hat offenbar die Entwicklung von internaler Kontrollüberzeugung, Selbstwirksamkeit und Ausdauervermögen begünstigt (Julius & Goetze, 2000). Die Tätigkeiten gaben ihnen die Fähigkeit, Bedeutung und Wert im eigenen Tun sowie Sinn und Zweck in der eigenen Existenz zu sehen (Erleben von Sinn und Struktur im Leben). Antonovsky (1987) bezeichnet diese kognitive, affektiv-motivationale Eigenschaft als *»Kohärenzgefühl«*⁷: Auf Grund der Überzeugung, dass das Leben und die Aufgaben, die man zu bewältigen hat, sinnvoll bewertet werden, lohnt es sich, sich dafür einzusetzen.

Soziale Ressourcen

Trotz enormer familiärer Risikobelastungen hatten die meisten resilienten Kinder der Kauai-Studie die Möglichkeit, eine enge, *positiv-emotionale und stabile Beziehung zu mindestens einer Bezugsperson* aufzubauen, die ihnen eine konstante und kompetente Betreuung sowie Anregungen bot. Diese Bezugsperson ging adäquat und feinfühlig auf die Bedürfnisse und Signale des Kindes ein. Infolge dieser kontinuierlichen, zuverlässigen und warmen Beziehung konnte der Großteil der Kinder im Kleinkindalter sichere Bindungsmuster und Vertrauen entwickeln. In engem Zusammenhang mit der Bindung an Bezugspersonen stehen dabei Merkmale des Erziehungsklimas und des Erziehungsstils (Bender & Lösel, 1998).

In den meisten Studien hat sich hier ein Beziehungsmuster als protektiv bewährt, das durch Wertschätzung, Respekt und Akzeptanz dem Kind gegenüber, durch Sicherheit im Erziehungsverhalten und durch Monitoring charakterisiert werden kann. Unter diesen positiven Gesichtspunkten erzieherischen Verhaltens können Kinder lernen, sich mit unterschiedlichen Standpunkten und Perspektiven auseinander zu setzen, Grenzen zu akzeptieren, das eigene Verhalten zu kontrollieren, selbstverantwortlich zu handeln, mit Erfolg und Misserfolg umzugehen, Entscheidungen zu treffen, eigene Stärken und Schwächen zu erkennen und sich bei Bedarf um soziale Unterstützung zu bemühen. Durch die empathische Haltung der Bezugsperson kann das Kind Sicherheit, Geborgenheit, Entspannung und Zuversicht erfahren. Ein solcher *»autoritativer Erziehungsstil«* (Baumrind, 1989) kann folglich zur Entwicklung problemorientierter Bewältigungsstrategien, zu einem angepassten psychosozialen Funktionsniveau, zu Selbstvertrauen und einem stärkeren Selbstwertgefühl beitragen.

Viele resiliente Kinder der Kauai-Studie verfügten auch außerhalb ihrer Familie über entscheidende Quellen emotionaler und sozialer Unterstützung. So konnten sie viele LehrerInnen benennen, die ihnen Aufmerksamkeit entgegenbrachten, sich für sie einsetzten und sie herausforderten. Diese *unterstützenden Personen außerhalb der Familie* trugen nicht nur zur unmittelbaren Problemreduzierung bei, sondern dienten gleichzeitig auch als Modelle für ein

5 Trotz dieser aufgezeigten Erkenntnisse gibt es bislang aber noch keine Untersuchungen, in denen der Zusammenhang zwischen den beiden Konstrukten Resilienz und Bindung detailliert untersucht worden ist.

6 So glaubten die resilienten Kinder beispielsweise, ihre Schulschwierigkeiten mit Hilfe eigenen Fleißes zu überwinden. Diese Überzeugung war dann mit erhöhter Aktivität, Motivation und Anstrengung verbunden. Des Weiteren nahmen die resilienten Kinder an, für sie kontrollierbare Probleme oder Ereignisse mit steuern zu können; sie waren jedoch nicht der Überzeugung, einen Einfluss auf de facto unkontrollierbare Situationen wie den Streit der Eltern oder die Alkoholkrankheit eines Elternteils zu haben (realistische Kontrollüberzeugung).

7 Das Kohärenzgefühl setzt sich nach Antonovsky aus drei Dimensionen zusammen: *»comprehensibility«* (Gefühl der Verstehbarkeit), *»manageability«* (Gefühl der Bewältigbarkeit) und *»meaningfulness«* (Gefühl der Sinnhaftigkeit).

aktives und konstruktives Bewältigungsverhalten sowie für prosoziale Handlungsweisen. Soziale Kontakte zu Bezugspersonen außerhalb der Familie haben damit eine große Bedeutung: Zum einen geben sie Anregungen und Hilfestellungen zu einer effektiven Bewältigung in der akuten Belastungssituation und zum anderen bieten sie alternative Verhaltensmodelle an, welche einen förderlichen Einfluss auf das zukünftige Verhalten des Kindes in Belastungssituationen haben können.

Perspektiven der zukünftigen Resilienzforschung

Nach heutiger Forschungsansicht ist es nicht ausreichend, die einzelnen risikohöhen- und -mildernden Bedingungen zu kennen, sondern entscheidend ist, die zugrunde liegenden dynamischen Prozesse und Mechanismen ihrer Wirkung zu erforschen (vgl. z. B. Luthar & Cicchetti, 2000). Das Phänomen der Resilienz lässt sich nicht mehr auf eine einfache additive Aneinanderreihung und Auflistung von Faktoren reduzieren. Rutter (2000) betont in diesem Kontext beispielsweise, dass die Schutzqualität weniger in dem Faktor selbst, d. h. in der Variable als solcher, als vielmehr in dem ihm zugrunde liegenden Schutzmechanismus liegt. Erst durch das Erfassen dieses komplexen Zusammenspiels können exaktere Aussagen über jene Bedingungen getroffen werden, die zur Entwicklung einer Störung führen oder umgekehrt eine positive Entwicklung begünstigen.

Risiko- und Schutzeffekte müssen darüber hinaus stärker im sozialen Kontext betrachtet werden (vgl. z. B. Glantz & Sloboda, 1999; Waller, 2001). Je nach Risikosituation zeigen sich oftmals sehr unterschiedliche Wirkungen. Bestimmte risikohöhen- und -mildernde Faktoren können in dem einen Fall negative, im anderen Fall, d. h. unter anderen Umständen, positive Wirkung haben. So erwies sich z. B. der Faktor »strenge elterliche Erziehung« als ein Schutzfaktor bei Jugendlichen, die in Armut aufwachsen, aber nicht bei Jugendlichen, die familiären Risikobedingungen wie elterliche Psychopathologie ausgesetzt sind (Luthar & Cicchetti, 2000). Was protektiv wirkt, hängt somit von den jeweiligen individuellen bzw. spezifischen Bedingungs-

konstellationen ab. Betrachtet man nur das Vorhandensein eines risikomildernden Faktors, ohne dessen Qualität bzw. Wirkungsweise in der konkreten Lebenssituation mit einzubeziehen, können Prognosen auf Grund eines »reinen Balance-Modells« (Resilienz basiere lediglich auf der Balance zwischen risikohöhen- und -mildernden Faktoren) falsch sein.

Vorrangiges Ziel zukünftiger Resilienzforschung besteht deshalb darin, zu einem einheitlichen forschungsmethodischen Grundlagengerüst zu gelangen, mit dem die vielfältigen, dynamischen Zusammenhänge abgebildet werden können. Bislang weist das Resilienzkonzept hier noch etliche methodische Probleme bzw. Schwachstellen auf. Dies betrifft insbesondere das Fehlen

- einer einheitlichen, klaren Terminologie,
- einheitlicher methodischer Zugänge, z. B. im Hinblick darauf, was unter resilientem Verhalten bzw. einer erfolgreichen, positiven Anpassung verstanden und im Untersuchungsdesign berücksichtigt wird: einige Forscher definieren das in ihrer Untersuchung als die Abwesenheit psychischer Störungen, andere beziehen sich auf bestimmte Kompetenzkriterien, welche an altersspezifischen Entwicklungsaufgaben festgemacht werden, wieder andere sehen darin das »blanke Überleben« oder schließen alle drei Kriterien in ihre Untersuchung mit ein,⁸
- einer Theorie mit erklärendem, nicht nur beschreibendem Anspruch.⁹

Schlussfolgerungen

Die Kenntnis der protektiven Faktoren, wie sie von der Resilienzforschung identifiziert und (zum Teil wieder neu) in die Diskussion eingebracht werden, ist für die Entwicklung und Konzipierung von Präventions- und Interventionsmaßnahmen sowie für alle Erziehungspersonen von großer Bedeutung. Denn darauf baut sich die Zielprojektion auf, »wie« wir in unserer alltäglichen Erziehungs- und Bildungspraxis Kinder (noch mehr) stärken und unterstützen können, um belastende Lebenssituationen und Alltagsanforderungen zu bewältigen. Resilienzförderung heißt in diesem Zusammenhang vor allem, jene wichtigen Grundlagen (Person- und Umweltressourcen) zu

schaffen, zu festigen und zu optimieren, die es Kindern ermöglichen bzw. die sie motivieren, selbst weiterzukommen. Das Resilienzkonzept eröffnet hier – obgleich der noch bestehenden methodischen Unklarheiten und damit einhergehenden Kontroversen im Forschungsfeld – eine enorme optimistische Herangehensweise: Der Blick richtet sich nicht mehr auf die Defizite und Schwächen, sondern vielmehr auf die Kompetenzen und Bewältigungsressourcen jedes einzelnen Kindes. Diese Betrachtungsweise eröffnet die Chance, das langjährige »reparaturorientierte« Förderverständnis zu überwinden und stattdessen eher nach den individuellen »Selbstkorrekturkräften« zu suchen, die dann auch den Ausgangspunkt professionellen Handelns darstellen (Freitag, 1999). Dabei wird natürlich betont, dass Kinder sich nicht selbst dauerhaft »resilient machen können«, sondern hierzu maßgeblicher Hilfe und Unterstützung im Sozialen bedürfen (Luthar & Cicchetti, 2000; Gabriel, 2005). Andernfalls würde das Resilienzkonzept an dieser Stelle auch zu einem »Befriedigungsansatz« verkommen.

8 Entsprechend heterogen fallen die Ergebnisse der Untersuchungen aus. Was eine »erfolgreiche, positive« Anpassung definiert, unterliegt nicht zuletzt auch historischen, kulturellen und entwicklungsbedingten Veränderungen.

9 Einen kritischen Überblick über die verschiedenen Definitionsversuche und methodischen Ansätze geben hier z. B. Kaplan (1999), Luthar & Cicchetti (2000) und Rutter (2000).

Kontakt

Corina Wustmann
Diplom-Pädagogin

Deutsches Jugendinstitut e. V.
Nockherstraße 2
81541 München

Telefon: 089/62306-130
E-Mail: wustmann@dji.de

Literatur

- Anthony, E. J. (1974):
The syndrome of the psychologically invulnerable child.
In: Anthony, E. J., Koupernik, C. (Eds.):
The child in his family. Vol. 3. Children at psychiatric risk.
New York: Wiley, 529–545.
- Antonovsky, A. (1987):
Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well.
San Francisco: Jossey-Bass.
- Baumrind, D. (1989):
Rearing competent children.
In: Damon, W. (Ed.): Child development today and tomorrow.
San Francisco: Jossey-Bass, 349–378.
- Bender, D., Lösel, F. (1998):
Protektive Faktoren der psychisch gesunden Entwicklung junger Menschen: Ein Beitrag zur Kontroverse um saluto- und pathogenetische Ansätze.
In: Margraf, J., Siegrist, J., Neumer, S. (Hrsg.):
Gesundheits- oder Krankheitstheorie? Saluto- vs. pathogenetische Ansätze im Gesundheitswesen.
Berlin: Springer, 117–145.
- Cowen, E. L. et al. (1997):
Follow-up study of young stress-affected and stress-resilient urban children.
In: Development and Psychopathology, 9,
565–577.
- Fingerle, M. (2000):
Vulnerabilität.
In: Borchert, J. (Hrsg.): Handbuch der Sonderpädagogischen Psychologie.
Göttingen: Hogrefe, 287–293.
- Fingerle, M., Freytag, A., Julius, H. (1999):
Ergebnisse der Resilienzforschung und ihre Implikationen für die (heil)pädagogische Gestaltung von schulischen Lern- und Lebenswelten.
In: Zeitschrift für Heilpädagogik, 50, 302–309.
- Freytag, A. (1999):
Kann das Resilienzparadigma integrierende Funktion für die konzeptionelle Weiterentwicklung der Frühförderung übernehmen?
In: Opp, G., Fingerle, M., Freytag, A. (Hrsg.):
Was Kinder stärkt: Erziehung zwischen Risiko und Resilienz.
München: Reinhardt, 166–169.
- Gabriel, T. (2005):
Resilienz – Kritik und Perspektiven.
In: Zeitschrift für Pädagogik, 51, 207–217.
- Garmezy, N. (1971):
Vulnerability research and the issue of primary prevention.
In: American Journal of Orthopsychiatry, 41,
101–116.
- Glantz, M. D., Sloboda, Z. (1999):
Analysis and reconceptualization of resilience.
In: Glantz, M. D., Johnson, J. L. (Eds.):
Resilience and development: Positive life adaptations.
New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers,
109–126.
- Grünke, M. (2003):
Resilienzförderung bei Kindern und Jugendlichen in Schulen für Lernbehinderte.
Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Julius, H., Goetze, H. (2000):
Resilienz.
In: Borchert, J. (Hrsg.):
Handbuch der Sonderpädagogischen Psychologie.
Göttingen: Hogrefe, 294–304.
- Kauffman, C., Grunebaum, H., Cohler, B., Gamer, E. (1979):
Superkids: Competent children of psychotic mothers.
In: American Journal of Psychiatry, 136, 1398–1402.
- Kaplan, H. B. (1999):
Towards an understanding of resilience: A critical review of definitions and models.
In: Glantz, M. D., Johnson, J. L. (Eds.):
Resilience and development: Positive life adaptations.
New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers,
17–83.
- Kumpfer, K. L. (1999):
Factors and processes contributing to resilience: The resilience framework.
In: Glantz, M. D., Johnson, J. L. (Eds.):
Resilience and development: Positive life adaptations.
New York: Kluwer Academic/Plenum Publisher,
179–224.
- Laucht, M., Schmidt, M. H., Esser, G. (2000):
Risiko- und Schutzfaktoren in der Entwicklung von Kindern und Jugendlichen.
In: Frühförderung interdisziplinär, 19, 97–108.
- Lösel, F., Bender, D. (1999):
Von generellen Schutzfaktoren zu differentiellen protektiven Prozessen: Ergebnisse und Probleme der Resilienzforschung.
In: Opp, G., Fingerle, M., Freytag, A. (Hrsg.):
Was Kinder stärkt: Erziehung zwischen Risiko und Resilienz.
München: Reinhardt, 37–58.
- Luthar, S. S., Cicchetti, D. (2000):
The construct of resilience: Implications for interventions and social policies.
In: Development and Psychopathology, 12, 857–885.
- Luthar, S. S., Cicchetti, D., Becker, B. (2000):
The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work.
In: Child Development, 71, 543–562.
- Rutter, M. (2000):
Resilience reconsidered: Conceptual considerations, empirical findings, and policy implications.
In: Shonkoff, J. P., Meisels, S. J. (Eds.):
Handbook of early childhood intervention.
Cambridge: Cambridge University Press, 651–682.
- Scheithauer, H., Niebank, K., Petermann, F. (2000):
Biopsychosoziale Risiken in der Entwicklung: Das Risiko- und Schutzfaktorenkonzept aus entwicklungspsychopathologischer Sicht.
In: Petermann, F., Niebank, K., Scheithauer, H. (Hrsg.):
Risiken in der frühkindlichen Entwicklung: Entwicklungspsychopathologie der ersten Lebensjahre.
Göttingen: Hogrefe, 65–97.
- Thomas, A., Chess, S. (1980):
Temperament und Entwicklung.
Stuttgart: Enke.
- Waller, M. A. (2001):
Resilience in ecosystemic context: Evolution of the concept.
In: American Journal of Orthopsychiatry, 71,
290–297.
- Werner, E. E., Smith, R. S. (1982):
Vulnerable but invincible: A study of resilient children.
New York: McGraw-Hill.
- Werner, E. E., Smith, R. S. (2001):
Journeys from childhood to midlife: Risk, resilience, and recovery.
Ithaca: Cornell University Press.
- Wustmann, C. (2004a):
Resilienz: Widerstandsfähigkeit von Kindern in Tageseinrichtungen fördern.
Weinheim: Beltz.
- Wustmann, C. (2004b):
Von den Stärken der Kinder ausgehen: Das Konzept der Resilienz und seine Bedeutung für das pädagogische Handeln.
In: Unsere Jugend, 56, 402–412.
- Wustmann, C. (2005):
Die Blickrichtung der neueren Resilienzforschung: Wie Kinder Lebensbelastungen bewältigen.
In: Zeitschrift für Pädagogik, 51, 192–206.
- Zimmermann, P., Suess, G. J., Scheuerer-Engelich, H., Grossmann, K. E. (2000):
Der Einfluß der Eltern-Kind-Bindung auf die Entwicklung psychischer Gesundheit.
In: Petermann, F., Niebank, K., Scheithauer, H. (Hrsg.):
Risiken in der frühkindlichen Entwicklung: Entwicklungspsychopathologie der ersten Lebensjahre.
Göttingen: Hogrefe, 301–327.

Präventive und therapeutische Intervention bei risikoreichen Mutter-Kind-Dyaden:

Der Beitrag von Bindungstheorie und Bindungsforschung

Es ist allgemein bekannt, dass Prävention und frühe Intervention in Fällen von Kindesmisshandlung sowohl die Leiden der Eltern als auch die der Kinder verringern und darüber hinaus Kosten sparen. Wie jedoch sollte eine solche Intervention aussehen und wer sollte sie durchführen? Ausgehend von meiner 30-jährigen Berufserfahrung im Bereich der Prävention und Verminderung geistiger Retardierung, Misshandlung und Vernachlässigung sowie psychischer Störungen wende ich mich in diesem kurzen Beitrag diesen beiden Fragen zu.

Bindung und Kindesmisshandlung

Eltern-Säugling/Kleinkind-Bindung: Kognitive und affektive Deutung von Erfahrungen

Das Verhalten der Eltern in Risikofällen wird normalerweise wie folgt beschrieben: Handlungen der Eltern, die diese eigentlich unterlassen sollten, oder Unterlassung von Handlungen seitens der Eltern, die diese eigentlich vornehmen sollten. Ich möchte einen anderen Einstieg in dieses Thema wählen und werde mich zuerst den Intentionen der Eltern zuwenden, um dann der Frage nachzugehen, wie die auf diesen Intentionen beruhenden Handlungen zu unerwarteten und unerwünschten Ergebnissen führen.

Laut der Bindungstheorie dient Bindung dem Schutz vor Bedrohung. Das Bindungsverhalten der Säuglinge ist deren Beitrag zur Befähigung der Erziehungsberechtigten, ihnen Schutz und Trost zu spenden. Das sensible Eingehen der Mutter auf die Signale des Säuglings ist zwar für dessen Schutz und Sicherheit von entscheidender Bedeutung, aber Mütter wissen nicht von Natur aus, was ihre Babys wollen. Ferner werden die Aufmerksamkeit und das Handeln der Mütter von vielen anderen Dingen in Anspruch genommen. Die Säuglinge

müssen folglich ihre Bedürfnisse signalisieren. Bindungsmuster sind die Strategien, mit Hilfe derer ein Säugling auch das Verhalten seiner Mutter formt. Im Falle einer adaptiven Strategie sollte die mütterliche Kompetenz zunehmen und der Säugling sich sicherer und behüteter fühlen. In einigen Fällen ist die Bedrohung jedoch so stark, dass die Strategie des Säuglings das oben genannte Ziel nur teilweise erreichen kann. Bei Vorliegen einer solchen Gefährdung können die Strategien zu Diskrepanzen zwischen Schein und Wirklichkeit führen, im Rahmen derer der Säugling (oder das Kind) einem größeren bzw. geringeren Risiko ausgesetzt zu sein scheint, als dies tatsächlich der Fall ist. Diese Strategien werden mit einem Risiko für körperliche Kindesmisshandlung und -vernachlässigung, sexuelle Misshandlung und psychisches Leid in Verbindung gebracht.

Bindungsverhalten (z. B. weinen, schauen, die Hände nach der Bezugsperson ausstrecken, sich festklammern, rufen) erregt die Aufmerksamkeit der Mutter. Sobald die Mutter eintrifft, nimmt sie den Säugling hoch und probiert verschiedenes aus, um das Problem zu lösen. Sie erwartet, dass ihr Baby aufhört zu weinen, wenn sie die erforderliche Lösung bietet.

Ganz so einfach ist die Sache jedoch nicht. Die Art und Weise, in der die Mutter dies tut, wirkt sich wesentlich darauf aus, wie der Säugling lernen wird, seinen Verstand zu benutzen. Einige Mütter sind der Meinung, ihre Babys müssten lernen, dass man warten muss und dass sich im Leben nicht alles um sie dreht. Das ist richtig! Wir alle sind der gleichen Meinung! Wann aber ist der richtige Zeitpunkt dafür? Wann sollte, ja, wann kann ein Säugling dies lernen? Bestimmt nicht in den ersten Lebensmonaten. Andere Mütter wiederum sind der Meinung, Babys könnten überhaupt nicht warten. Eine dritte Gruppe von Müttern schließlich schwankt zwischen diesen beiden Möglichkeiten, je nach-

dem, wie sich die Mutter fühlt oder wer sie in dem jeweiligen Moment berät (Ist der Ehemann der Frau anwesend oder vielleicht ihre Mutter?).

Affekt und Kognition:

Die Forschung hat belegt, dass die Übereinstimmungen nahezu perfekt sein müssen, um von Neugeborenen erlernt werden zu können: Der Säugling schreit, die Mutter kommt. Jedes Mal, stets und ohne Zwischenfälle. Je vorhersehbarer die Responsivität der Mutter im Frühstadium, desto schneller und sicherer lernt der Säugling den Zusammenhang zwischen seinem Weinen und dem Erscheinen der Mutter. Die vorhersehbare Übereinstimmung in der zwischenmenschlichen Interaktion ist eine Art, in der Säuglinge – und nicht nur sie, sondern alle Menschen – ein Gefühl der Bindung erfahren. Babys, deren Mütter schnell und vorhersehbar erscheinen, lernen schneller, was sie von sich selbst und von ihren Müttern zu erwarten haben als Babys, deren Mütter weniger vorhersehbar reagieren.

Was aber sollte die Mutter nun tun? Sicherlich können wir nicht erwarten, dass sie ohne vorherige Erfahrung mit dem jeweiligen Säugling bereits wissen wird, was dieser braucht. Mütter auf der ganzen Welt tun das exakt Gleiche: Sie nehmen das Baby hoch, halten es gegen die linke Seite ihrer Brust, wo ihr Herzschlag zu spüren ist, murmeln besänftigende Laute, streicheln dabei das Baby und wiegen es rhythmisch im Arm. Dies ist der sensitive Teil des von Ainsworth geprägten Begriffs der »sensitiven Responsivität«; Dan Stern nennt dies »Feinfühligkeit« oder »Affektregulierung« (attunement). Die Mutter stimmt ihren eigenen Rhythmus auf den Erregungszustand ihres Säuglings ab und hilft diesem, seinen Zustand von erregtem Weinen zu gelassener Munterkeit zu regulieren. Geschieht dies regelmäßig, fühlen sich die Babys in Einklang mit einem anderen Menschen. Ein gemeinsam erlebter Erregungszustand ist die zweite

Art, in der Babys – und nicht nur sie, sondern alle Menschen – sich des Zusammenseins mit einem anderen menschlichen Wesen bewusst sind.

Babys, deren Mütter sensibel auf sie eingehen, lernen zwei Dinge: (1) Der Säugling lernt, dass es vorhersehbare Zusammenhänge zwischen Ereignissen gibt und, was am wichtigsten ist, dass sein Verhalten die Reaktion der Mutter herbeiführt, ja diese sogar verursacht. Ich bezeichne diese Umwandlung einer zeitlich geordneten Stimulation in eine implizite kausale Bedeutung als »Kognition«. (2) Stimmt die Mutter ihre Reaktion auf den Erregungszustand des Säuglings ab und reguliert diesen, so lernt das Baby, dass seine Gefühle verstanden werden und dass es Trost spendet, wenn man seine Gefühle mit einer anderen Person teilt. Diesen Prozess der Umwandlung benenne ich mit dem Begriff »Affekt«. Mütter, die einfühlsam auf ihre Säuglinge eingehen, befähigen diese, ihre Erfahrungen kognitiv und affektiv zu deuten.

Typ B: Ausgeglichen und sicher:

Im Alter von drei Monaten brauchen Säuglinge Abwechslung. Jetzt können sie warten. Ruft die Mutter und sagt, dass sie gleich kommen wird, wird das Baby warten – in gespannter Vorfreude auf ein gewiss, allerdings zu einem unbestimmten Zeitpunkt eintretendes Ereignis. Die äußerst negative Erregung, alleine zu weinen (ein negatives Gefühl), wandelt sich in den Zustand der gespannten Erwartung (ein positives Gefühl), bald mit der Mutter zusammenzusein. Die auf diese Weise geförderten Säuglinge sind in der Lage, ihr Leben und ihre Beziehungen kognitiv und affektiv zu deuten und lernen dabei, welche Handlung zu welcher Wirkung führt, wie sie ihre eigenen Gefühlszustände regulieren und wie sie mit anderen Menschen kommunizieren können. Ein solcher Säugling ist auf dem besten Weg, sich zu einem hinsichtlich Affekt und Kognition im zwischenmenschlichen Bereich sicheren und psychisch ausgeglichenen Menschen zu entwickeln.

Typ A: Kognitive Präferenz:

Einige Mütter sind äußerst vorhersehbar, aber ihren Kindern gegenüber nicht feinfühlig. In manchen Fällen kommt die Mutter selten, wenn das Baby weint, oder mit einer solchen Verzögerung, dass

der Säugling die Hoffnung bereits aufgegeben hat. Erscheint die Mutter dann endlich, ist es dem Säugling nicht mehr möglich, einen Zusammenhang herzustellen. Wird das Weinen des Babys nicht besänftigt, so steigert es sich schnell, bis der Säugling äußerst verzweifelt ist. Häufig denken die Mütter dieser Säuglinge »er bzw. sie muss lernen, sich zu beherrschen!«. Später wird er es lernen, aber in diesem Alter ist ein Säugling dazu noch gar nicht in der Lage. Unter Umständen wird die Aufmerksamkeit der Mutter aber auch anderweitig in Anspruch genommen und die Mutter nimmt die Bedürfnisse des Babys überhaupt nicht wahr. Unabhängig davon, welche dieser beiden Möglichkeiten zutrifft, wird das Baby schreien, bis es schließlich vor Erschöpfung einschläft. Was hat dieser Säugling gelernt? Er hat gelernt, dass keine vorhersehbare Reaktion auf sein Handeln erfolgt und dass, wenn er sich unglücklich fühlt, alles immer nur schlimmer wird und nur der Schlaf Erleichterung bringt. Andere Mütter reagieren zwar prompt und konsequent, aber zornig. Ihre Stimme ist scharf und wenn sie das Kind berühren oder hochnehmen, so erfolgt dies abrupt oder grob. Das Baby fühlt sich, wie vorausgesehen war, schlechter. Weint der Säugling dann noch stärker, was auch der Fall sein wird, regt sich seine Mutter noch mehr auf. Die negativen Gefühle von Mutter und Kind steigern sich gegenseitig. Eine dritte Gruppe von Müttern erscheint zwar prompt und zuverlässig, wenn ihr Kind weint, aber anstatt ihre Babys zu trösten, lächeln und lachen diese Mütter, so als ob sie die Gefühle des Säuglings in Abrede stellen wollten. Das Baby schreit noch mehr und die Mutter lächelt noch bemühter und »zeigt die Zähne« in ihrem von Angst gezeichneten Gesicht. Diese Babys lernen folgenden Zusammenhang: Geht es ihnen schlecht, dann verursachen sie keine Reaktion, verärgern andere Menschen oder bringen andere Menschen zum Lachen. Sie machen jedoch auch Erfahrungen auf der affektiven Ebene. Sie lernen, dass erregte negative Affektausdrücke den negativen Affekt noch verstärken. Im Alter von ungefähr drei Monaten befähigt die Gehirnreifung den Säugling, Verhalten zu unterdrücken und diese Säuglinge unterdrücken den negativen Affektausdruck. Das Leben

wird leichter, der Säugling und seine Bezugspersonen sind weniger gestresst.

Typ C: Affektive Präferenz:

Bei diesem Typ reagiert die Mutter zwar auf das Weinen ihres Babys, die Reaktion jedoch ist nicht vorhersehbar. Manchmal reagiert die Mutter umgehend, manchmal erst nach einer gewissen Verzögerung und manchmal sogar schon, bevor das Baby überhaupt ein Bedürfnis signalisiert hat! In manchen Fällen reagiert die Mutter feinfühlig, häufig aber auch nicht. Diese Babys erleben ein System, bei dem negativer Affekt auf unvorhersehbare Art und Weise zeitweise positiv verstärkt wird. Dieses System hält die Äußerungen negativen Affekts – trotz Bestrafung oder Bestrebungen, diesem Verhalten ein Ende zu setzen – über einen langen Zeitraum und mit hoher Intensität aufrecht aufgrund der positiven Verstärkung des widersprüchlichen Verhaltens.

Die Babys wissen nicht, wie sie das Verhalten ihrer Mütter vorhersehbar beeinflussen können, und fühlen sich deswegen äußerst schlecht. Sie können sich nicht auf Kognition verlassen und der Affekt überwältigt sie. Die steigende Erregung des Säuglings beunruhigt die Mutter, bis beide, Elternteil und Kind, nicht mehr in der Lage sind, ihre Gefühle zu regulieren. Sie kommunizieren weder miteinander noch hemmen sie ihren negativen Affekt. Stattdessen sind sie voller sich schnell steigender negativer Gefühle, nämlich Zorn, Angst und dem Wunsch nach Trost.

Kindesmisshandlung und -vernachlässigung:

Säuglinge des Typs B sind in der Regel sicher und geschützt. Das Gleiche gilt für die meisten Babys von Typ A und Typ C. Nichtsdestotrotz kommen Säuglinge des Typs A in extremen Fällen zu Schaden. Mütter, die mit ihren eigenen Angelegenheiten überfordert sind, nehmen die Signale ihrer Säuglinge unter Umständen nicht wahr. Diese Mütter schützen sich selbst und vernachlässigen dabei Grundbedürfnisse ihrer Säuglinge. Andere Mütter wiederum sind überaufmerksam und zu anspruchsvoll und erwarten, dass ihre Babys wie ältere Kinder reagieren; sie bestrafen die Bedürfnisse ihrer Kinder auf eine strenge, schädigende Art. Mütter, die sich vor Leid

fürchten und »eitle Freude« um sich brauchen, reagieren unangemessen und misshandeln ihre Säuglinge somit psychisch. Im Säuglingsalter bleiben den Kindern, abgesehen von der Unterdrückung des negativen Affekts, der zu nichts führt und sie nur erschöpft, wenig Möglichkeiten des Selbstschutzes. Mit anderen Worten: Typ-A-Babys richten sich nach vorhersehbaren Zusammenhängen und hemmen die Äußerung negativen Affekts, der bei ihren Müttern unerwünschte Reaktionen hervorruft. Kognitive Repräsentationen führen dazu, dass die Säuglinge ihr Verhalten organisieren oder ablegen.

Was die sensitive Responsivität betrifft, so können die Mütter von Typ-C-Babys zwischen den Müttern von Typ-B- und Typ-A-Säuglingen eingeordnet werden. Sie sind beides, zu sensitiv (aufmerksam, bevor der Säugling überhaupt signalisiert hat) und zu wenig sensitiv (unaufmerksam, wenn ein Signal gegeben wird) und sie gehen gleichzeitig zu sehr (Überreaktion) und zu wenig (geringe Reaktion) auf ihre Kinder ein. Ihre Kinder erleben Zustände starker Erregung und fühlen sich schlecht; dies äußert sich häufig somatisch in Form von Ess-, Schlaf- und Aufmerksamkeitsproblemen. Zwar fühlen sich diese Säuglinge zu selten wohl, weil sich andere wenig mit ihnen beschäftigen (oder weil sie wenig schlafen), und sie sind zu häufig in einem unglücklichen Erregungszustand, in der Regel aber werden sie nicht misshandelt. Sie lernen, auf der Grundlage der dispositionellen Repräsentationen (DR) ihrer Gefühle zu handeln.

Ein schwieriger Übergang: Ich, du und die Regeln

In der Hälfte des zweiten Lebensjahrs läutet die neurologische Reifung eine bedeutende Zeit der psychischen Veränderung ein; die Kleinkinder bedienen sich des Affekts in verschiedenen, im Säuglingsalter nicht möglichen Arten der Kommunikation. Gleichzeitig ist das Kleinkind aufgrund seiner zunehmenden Fortbewegungsfähigkeit mehr Gefahren ausgesetzt. Diese Veränderungen verschmelzen und münden in eine Umorganisation der kleinkindlichen Strategien.

Typ B: Wir schaffen das:

Sobald die Kinder laufen können, wandelt sich das im Säuglingsalter tröstende Verhältnis in eine hierarchische Beziehung, in der Eltern Autorität einsetzen, um ihren Kindern Grenzen zu setzen und sie ein Verhalten zu lehren, mit dem sich die Kinder selbst schützen. Dies führt zu Konflikten zwischen den Wünschen der Kinder und dem Schutz, den ihnen ihre Eltern angedeihen lassen. Die Kleinkinder vom Typ B versuchen, diese Differenzen auszuhandeln, sind aber aufgrund ihrer begrenzten Sprachfähigkeit stark davon abhängig, dass ihre Eltern die Schwierigkeiten vorhersehen und vermeiden können. Je weniger Regeln es gibt, desto klarer ist deren Funktion zum Schutz des Kindes; je vorhersehbarer und bestimmter ein Eltern-Teil diese Regeln bestätigt, desto einfacher ist es für Kleinkinder, diese Regeln auch zu akzeptieren. Versuchen die Eltern darüber hinaus, Probleme zu vermeiden (indem sie verbotene Gegenstände entfernen oder die kindliche Aufmerksamkeit auf sichere Aktivitäten lenken), wird dem Kind die schützende Funktion der elterlichen Autorität umso klarer. Viele Eltern sind dazu jedoch nicht in der Lage und ihre Kinder wechseln von der Strategie des Typs B im Säuglingsalter zu einer eher zwanghaften (Typ A) oder persuasiven (Typ C) Strategie im Kleinkindalter.

Typ C: Es geht um mich!

Einige Kleinkinder lernen die Gefühle ihrer Eltern zu manipulieren, indem sie Regeln, die zu ihrem Schutz bestimmt sind, in persönliche »Schlachten« verwandeln. Es geht um mich! Diese Kleinkinder geben ihren Gefühlen übertrieben Ausdruck. Zornige »Allmacht« wechselt sich ab mit einer entwaffnenden Zurschaustellung empfindsamer Verletzbarkeit. Sie setzen ihre Gefühlsäußerungen ein, um die Gefühle ihrer Eltern zu formen und zu gestalten. Diese fühlen sich folglich gezwungen, sich dem Willen ihres Kleinkindes zu beugen, sind sich aber gleichzeitig bewusst, wie wichtig es ist, ihr Kind zu schützen, und ängstlich darum bemüht, ihre Autorität wiederzugewinnen. Vergisst ein Elternteil die Schutzfunktion der Regel und konzentriert sich darauf, seine Autorität durchzusetzen, lässt es sich auf einen Streit mit dem Kleinkind ein und zwar zu des-

sen Bedingungen. Es geht um mich! Nein, es geht um mich! Der Kampf beginnt und ist er einmal in Gang, dann wissen nur wenige Eltern, wie ein solcher Kampf beigelegt werden kann. Die starke Affektäußerung ihres Kleinkindes versetzt sie in einen Zustand der ängstlichen Erregung und lässt ihnen nur wenige Möglichkeiten, ihre eigenen Gefühle und die Gefühle ihrer Kleinkinder zu regulieren. In Momenten, die von starker Erregung geprägt sind, werden Kleinkinder manchmal durch überzogene Bestrafung seitens ihrer Eltern verletzt. Die Häufigkeit körperlicher Bestrafung und die Häufigkeit der dadurch verursachten Verletzungen nimmt in der Mitte des zweiten Lebensjahrs abrupt zu (Crittenden, 2004).

Andere Eltern wiederum fühlen sich genauso ängstlich erregt wie ihre Kinder. Ihre Kinder fühlen sich deshalb verunsichert. Sind die Eltern beunruhigt, fürchten die Kinder einen Mangel an kompetentem Schutz. Sie tun alles, um diesen Schutz zu erhalten und werden dabei gefährlich bedürftig. Das Risiko einer Misshandlung in Form plötzlicher und unvorhersehbarer Angriffe bzw. der nachlässigen Unterlassung, sichere Verhaltens- und Handlungsweisen umzusetzen, ist bei diesen beiden Gruppen im Kleinkindalter höher als im Säuglingsalter. Ein Misshandlungsrisiko besteht darüber hinaus bei einer weiteren Gruppe von Kindern. Da ihre Eltern jedoch dazu gezwungen werden, stärker auf ihre Kinder einzugehen, wirken sie normaler als im Säuglingsalter.

Typ A: Verinnerlichung der Regeln anderer:

Kleinkinder, deren Eltern extrem nachlässig, zurückgezogen oder depressiv sind, lernen, den negativen Affekt zu unterdrücken und gleichzeitig einen falschen positiven Affekt zu äußern, der ihnen die erwünschte Aufmerksamkeit der Eltern verschafft. Durch ihre Strategie der Rollenkehr, der zwanghaften Fürsorglichkeit senken sie ihr Risiko der Vernachlässigung. Kleinkinder, deren Eltern zu strengen Strafen neigen, lernen genau das zu tun, was ihre Eltern wünschen, noch ehe diese dies fordern; ihre zwanghafte Folgsamkeit schützt diese Kinder vor dem Zorn der Eltern. Kleinkinder, deren Eltern einen unangemessen positiven Affekt einsetzen, handeln ebenso; nach außen macht alles einen glückli-

chen Eindruck, obwohl auf affektiver Ebene kein wirklicher Einklang besteht. Diese Kleinkinder haben keine Möglichkeit, Zwang auf ihre Eltern auszuüben, da es aus der Sicht der Eltern gar nicht um das Kind geht. »Zwanghafte« Kinder definieren die Strategie des Bindungstyps A aus dem Säuglingsalter neu und schaffen ein Werkzeug, mit dem sie ihren Eltern aufmerksame Fürsorge entlocken. Die Eltern wirken jetzt weniger deprimiert, wütend oder gefühllos inkongruent als während der Säuglingsphase. Die Zwangsstrategien senken das Misshandlungsrisiko für Kleinkinder des Bindungstyps A im Vergleich zur Säuglingsphase, erhöhen jedoch das Risiko für bestimmte psychische Störungen in späteren Lebensphasen.

Das Vorschulalter und der Gebrauch der Sprache

Im dritten Lebensjahr erhalten die Kinder die Fähigkeit, ihre nichtverbale affektive Kommunikation durch Sprache zu ersetzen. Die Art und Weise, in der dies bewerkstelligt wird, ist entscheidend für die kindliche Fähigkeit, den Ursprung ihres eigenen Verhaltens und des Verhaltens anderer zu verstehen sowie für die Regelung der kindlichen Sicherheit.

Typ B: Sprache als Kommunikation:

Einigen Kindern werden Worte vermittelt, die Gefühle genau beschreiben, selbst wenn es sich dabei um negative Gefühle handelt, welche die Frustration über ihre Eltern zum Ausdruck bringen. Genauso werden diese Kinder unterstützt, einfache Episoden ihres täglichen Lebens zu erzählen, selbst wenn diese unangenehm sind und sich um Unsicherheit drehen. Eine offene und sorgfältige verbale Kommunikation ist für Kinder vom Typ B typisch. Die Eltern dieser Kinder haben kein Problem, mit gemischten Gefühlen und komplexen Ursachen umzugehen, und geben sich mit einer Realität zufrieden, die nicht perfekt ist.

Typ A: Geborgte Sprache und Perspektiven:

Kinder vom Typ A, insbesondere zwanghafte Kinder vom Typ A, lernen mit der Sprache auszudrücken, wie etwas sein sollte, wie Mama oder Papa das Leben gerne hätten. Erzählen diese Kin-

der Episoden aus ihrem Leben, dann helfen ihnen ihre Eltern, die Geschehnisse im rechten Licht zu sehen, so wie die Eltern die Erinnerung gerne hätten. Vorschulkinder vom Typ A lernen Episoden aus der Perspektive ihrer Eltern zu erzählen, sind aber unfähig, ihre eigenen Perspektiven in Worte zu kleiden. Die Eltern zwanghaft fürsorglicher Kinder fürchten, von ihren Kindern zurückgewiesen zu werden und brauchen besänftigende, beruhigende Geschichten aus dem Leben ihrer Kinder. Die Eltern des zwanghaft gehorsamen Kinds fürchten Fehler; ihre Kinder müssen das Richtige tun. Eltern zwanghaft aufmerksamer, leistungsstarker Kinder glauben, der äußere Schein sei alles und bemühen sich, den richtigen Eindruck aufrechtzuerhalten. In allen diesen Fällen unterdrücken die Kinder den Ausdruck negativen Affekts, äußern einen positiven Affekt, verhalten sich so, wie es ihren Eltern gefällt, und erzählen Geschichten aus ihrem Leben in einer von den Eltern geborgten Sprache. Diese Kinder erhöhen zwar ihre Sicherheit, weil sie ihre Eltern sicherer im Griff haben, laufen jedoch Gefahr, den Zugang zu ihren eigenen Gedanken und Gefühlen zu verlieren.

Typ C: Wenn Worte nicht helfen:

Bei Kindern vom Typ C wiederum bilden sich zwei entgegengesetzte Richtungen aus: Entweder konstantes und differenziertes Geplapper, bei dem nichts klar zur Sprache gebracht wird, oder Schweigen, um Unverstandenes zu verstecken. In beiden Fällen jedoch wird mit der Sprache keine klare Kommunikation erzielt. Durch das Geplapper konzentrieren sich die Eltern weiterhin auf das Kind, ohne klarzustellen, warum das Kind diese Aufmerksamkeit benötigt oder wie Ereignisse kausal zusammenhängen. Schweigen kennzeichnet Fälle, in denen weder die kindliche Perspektive noch die Perspektive der Eltern toleriert werden kann. Eltern von schweigsamen Kindern haben häufig in ihrer eigenen »gefährdeten« Vergangenheit oder ihrer Ehe schreckliche Geheimnisse, vor denen sie ihre Kinder beschützen möchten. Anstatt ihre Kinder zu schützen, stiften sie bei diesen unglücklicherweise jedoch häufig nur Verwirrung darüber, warum Dinge in dieser Form geschehen. Ironischerweise wirken sich zu viele und zu wenige Worte auf die gleiche Art und

Weise aus: Sie verstärken die negativen Gefühle und verdecken die kausalen Beziehungen zwischen Elternteil und Kind. Im Rahmen ihrer Bemühungen um sicheren Schutz wenden sich einige der Kinder vom Typ C von der Sprache als strategischem Mittel ab und verlegen sich auf provokante und risikoreiche Verhaltensweisen.

Das Schulalter: Warum habe ich das getan?

Bis zu einem Alter von ungefähr sechs Jahren verfeinern Kinder ihr Verständnis der Wirkungen (1) ihres Verhaltens auf andere und (2) ihrer Gefühle auf ihr eigenes Verhalten. Im Säuglingsalter geschieht dies implizit, nichtverbal (prozedurales und bildliches Gedächtnis) und im Kleinkindalter findet ein Wandel zu expliziten, verbalen Informationen statt (semantisches Gedächtnis und assoziationsreiche Sprache). Später werden die Erfahrungen, auf denen dieses Verständnis basiert, zusammen mit der Sprache, die den mit der jeweiligen Erfahrung verbundenen Affekt vermittelt, in Episoden zusammengefasst (episodisches Gedächtnis). Im Alter von sechs Jahren verfügen Kinder demnach über viele Arten des Verstehens, bei denen es sich jeweils um dispositionelle Repräsentationen (DR) handelt, die ihr Verhalten beeinflussen können.

Um den Zusammenhang zwischen Bindung und Misshandlung im Schulalter zu verstehen, muss man sich darauf konzentrieren, wie Kinder ihr eigenes Verhalten erklären. Hierbei handelt es sich um einen integrativen Prozess, im Rahmen dessen Kinder ihre eigenen Motivationen, d. h. ihre DR, untersuchen müssen. Deuten alle DR auf die gleiche Handlung, so gibt es nichts zu untersuchen. Entscheidend sind jene Fälle, bei denen die diversen DR zu nicht kompatiblen Antworten führen. Auf welche Art von DR verlässt sich ein Kind am häufigsten, wenn das, was das Kind normalerweise tut, das, was es gerne tun möchte, das, was es tun sollte und das, was es sich zu tun erinnert, in Widerspruch zueinander stehen? Tun Kinder nun das, was sie tun sollten, obwohl sie sich nicht danach fühlen, wird ihr Handeln nicht hinterfragt und die Diskrepanz zwischen

den einzelnen DR wahrscheinlich von keinem bemerkt werden. Entscheidet sich das Kind jedoch, das zu tun, was es nach Meinung der Erwachsenen nicht tun sollte, wird man es fragen: »Warum hast du das getan, obwohl du weißt, dass du das nicht darfst?!« Die Antwort auf diese Frage lautet natürlich: »Weil ich es tun wollte und dachte, du würdest es nicht herausfinden.« Viele Eltern jedoch werden ein Kind, das diese ehrliche Antwort gibt, bestrafen. Folglich lernen Kinder, sowohl andere und, was noch viel wichtiger ist, sich selbst hinsichtlich der Gründe ihres Verhaltens zu täuschen. Sie lernen, Floskeln zu verwenden, die ihren Eltern gefallen, die aber nicht im Entferntesten etwas mit ihrem Verhalten zu tun haben.

Ironischerweise sind sich die Eltern selbst – in beiden Fällen – selten über die Gründe ihres Handelns bewusst, insbesondere wenn wie im Misshandlungsfall klar wird, dass sie etwas nicht hätten tun sollen.

Prävention und Intervention

Gehen wir davon aus, dass alle diese Ausführungen mehr oder weniger richtig sind, dann stellt sich die Frage, was wir tun können, um das Risiko für Kinder und Eltern zu vermeiden oder zu lindern? Bei der Wahl einer Interventionsstrategie sind vier Bedingungen relevant: die Entwicklung des Kindes, die Strategie des Kindes, die Strategie des Elternteils und das Ausmaß der integrativen Kapazität der Eltern.

Herausragende Entwicklungsfunktionen:

Der vorhergehende Abschnitt befasste sich mit der Entwicklung und zeigte auf, dass sich der Schwerpunkt der Eltern-Kind-Beziehung permanent ändert und den Eltern ständig neue Fähigkeiten und Einstellungen abverlangt. Die Eltern müssen einfühlsam gegenüber den kindlichen Fähigkeiten sein und auf die kindliche Wahrnehmung von Bedrohung reagieren. Sie sollten auf kognitiver Ebene kalkulierbar und auf affektiver Ebene empathisch sein. Dies ist die Funktion der Eltern als Bindungsfiguren in der sich stetig ändernden Zone der proximalen Entwicklung von Kindern (Vygotsky, 1987)¹. Kleinkinder brauchen den Schutz,

der ihnen innerhalb der sicheren Grenzen einer hierarchischen Beziehung mit ihren Eltern zuteil wird, die sowohl die kindlichen Fähigkeiten als auch das Vertrauen des Kindes fördern. Vorschulkinder müssen dabei unterstützt werden, ihren Gefühlen und Erfahrungen mit den richtigen Worten Ausdruck zu verleihen, insbesondere ihren unbequemen oder verwirrenden Gefühlen und Erfahrungen. Jüngere Schulkinder müssen ihre verschiedenen Motivationen und den Prozess, durch den eine dieser Motivationen in Verhalten umgesetzt wird, erforschen. Eine Intervention sollte diese (Entwicklungs-) Unterschiede in der Funktion der Eltern-Kind-Beziehungen ansprechen.

Selbstschutzstrategien von Kindern und Eltern:

Das Verständnis der Selbstschutzstrategien der einzelnen Personen ist ebenfalls von entscheidender Bedeutung. Die Zwangsstrategien des Typs A neigen stark zu kognitiven, logischen, argumentativen und regelbasierten Prozessen. Der negative Affekt wird minimiert und manchmal in einen vorgetäuschten positiven Affekt verwandelt. Die zum Einsatz kommenden Interventionstechniken sollten dies korrigieren, indem sie betonen, (1) dass es wichtig ist, Gefühle, insbesondere auch negative Gefühle, zu erfahren und (2) dass Flexibilität und Veränderung selbst innerhalb einer vorhersehbaren Regelstruktur möglich sind. Die Strategien des Typs C organisieren sich um die veränderliche, übertriebene und manipulative Äußerung negativen Affekts im Kontext ungewisser Folgen. Die Intervention sollte (1) die Betonung der Gefühlsäußerung reduzieren, (2) die Perspektiven anderer Menschen in den Mittelpunkt rücken und (3) die vorhersehbaren Zusammenhänge zwischen Ereignissen und Ergebnissen hervorheben.

Die Sache ist relativ einfach: Typ A und Typ C verkörpern psychologische Gegensätze, die unter Umständen auch gegensätzliche Interventionen erfordern. Wendet man bei einer gemischten Gruppe die gleiche Art der Intervention an, so kann dies für den einen Teil der Gruppe, der eine bestimmte Strategie anwendet, hilfreich sein, sich aber für den anderen Teil der Gruppe, der die genau gegensätzliche Strategie anwendet, als schädlich erweisen. Präskriptive oder

auf Informationen beruhende Ansätze können beispielsweise bei Eltern von Typ-A-Kindern genauso kontraindiziert sein wie kontingenzbasierte Verhaltens-techniken. Andererseits könnte bei Eltern von Typ-C-Kindern der negative Erregungszustand verstärkt werden, wenn die Intervention Vorstellungen, Somatisierung oder episodische Erinnerungen hervorhebt, wobei es sich wiederum um Methoden handelt, die sich natürlich bei Eltern von Typ-A-Kindern als vorteilhaft erweisen könnten.

Reflektive Integrationsprozesse:

Eingebettet in die oben geführte Entwicklungsdiskussion war der Gedanke einer Reihe von Informationsverarbeitungsmustern von vorbewusst (implizit) über bewusst (explizit und verbal) bis zu bewusst reflektiv (integrativ). Eltern unterscheiden sich in dem Maß, in dem sie ihr Verhalten von diesen Prozessen ableiten und reflektive Prozesse einsetzen können. Je abhängiger ein Elternteil von impliziten Prozessen und je weniger er in der Lage ist, seine Motivationen in Worte zu fassen und Diskrepanzen bzw. Konflikte zwischen diesen Motivationen zu berücksichtigen, umso intensiver und individueller zugeschnitten muss die angebotene Intervention sein. Man kann in der Tat vorschlagen, die Interventionen danach abzustufen, in welchem Maß die Eltern in der Lage sind, Information in Verhalten umzusetzen.

Beginnt man bei den Eltern mit der größten Kompetenz, jenen, die am wenigsten Intervention benötigen, so erweist sich die *Elternbildung* in Gruppen in den Fällen als eine geeignete präventive Form der Intervention, in denen die Eltern in der Lage sind, alle Informationsquellen zu nutzen und zu integrieren, ihnen aber spezifische Informationen über Kleinkinder fehlen. Angesichts der heute üblichen, nur aus einer Generation bestehenden Kleinfamilien erweist sich die Elternbildung

¹ Die Zone der proximalen Entwicklung liegt zwischen dem aktuellen und dem potenziellen Entwicklungsstand des Kindes. Sie wird definiert als Distanz zwischen dem aktuellen Entwicklungsniveau eines Kindes, welches bestimmt ist durch seine Fähigkeit, Probleme selbstständig zu lösen, und einer höheren Ebene möglicher Entwicklung, bestimmt durch die Fähigkeit, Probleme unter Anleitung zu lösen. (Anm. d. Red.)

als relevant für die Bedürfnisse vieler Erstmütter. Sowohl der Inhalt als auch der Gruppenkontext kann Mütter dazu befähigen, ihr Repertoire an möglichen Reaktionen auf ihre Säuglinge zu erweitern und gleichzeitig den Hausfrauen unter diesen Müttern helfen, sich weniger isoliert zu fühlen.

Eltern, die in der Lage sind, Informationen zu integrieren, jedoch bei einem bestimmten Problem nicht weiter wissen, werden möglicherweise von einer *kurzfristigen Beratung* bezüglich dieses Problems profitieren. Eine solche Beratung bietet unter Umständen Informationen, wichtiger ist jedoch, dass der Berater den Eltern hilft, das Problem aus neuen Blickwinkeln zu betrachten, bis die Eltern einen neuen Weg finden, der sie bei diesem Problem weiterbringt. Eine wirksame Beratung macht es allerdings erforderlich, dass Eltern über kognitive und affektive Informationen verfügen, wirkungsvoll verbal kommunizieren können, Erfahrung mit dem kritischen, integrativen Prozess der Argumentation haben und sich damit wohl fühlen.

Sind die Eltern relativ gut in der Lage, verbal zu kommunizieren, aber unerfahren, was Integrationsprozesse anbelangt, dann erweist sich unter Umständen eine *Eltern-Kleinkind/Säugling-Therapie* als geeignet. Werden solche Therapien ohne die physische Anwesenheit des Säuglings durchgeführt, jedoch unter Nutzung von Videoaufzeichnungen der Interaktionen zwischen Säugling und Eltern, dann bieten sie Eltern die Möglichkeit, (1) das Baby genau zu beobachten, (2) die eigenen Gefühle zu erforschen, während sie sich selbst im Umgang mit ihrem Kind beobachten und (3) darüber nachzudenken, was sie sehen und fühlen. Durch die Anwesenheit anderer Mütter, die das gleiche Prozedere erleben, bekommen die einzelnen Mütter mehr Übung, die weniger emotional geladen ist als die Erfahrungen mit dem eigenen Baby, und erweitern darüber hinaus ihr Repertoire an Handlungsmöglichkeiten (durch beobachtendes Lernen). Sind die Babys anwesend, bleibt den Müttern weniger Möglichkeit zur Reflektion, wohingegen es aufgrund des Erinnerungsbias der Mutter zu einer Verzerrung des reflektiven Prozesses kommen kann, wenn die Interaktionen nicht aufgezeichnet werden.

Funktionieren die Eltern primär auf der Basis impliziter Informationen und insbesondere, wenn die Eltern selbst in ihrer Jugend oder aktuell in ihren Beziehungen im Erwachsenenalter Gefahren ausgesetzt sind oder waren, dann ist unter Umständen eine *Erwachsenen-Psychotherapie* (Einzel-, Ehe- oder Familientherapie) für den Elternteil angezeigt. Eine solche Psychotherapie sollte sich darauf konzentrieren, Verzerrungen in der Bedeutungszuschreibung zu identifizieren, alle Formen der Transformation ins Bewusstsein zu bringen (sie aussprechen und bewusst machen) und den Prozess der Informationsintegration zu lernen. Sobald dies bewerkstelligt ist (wobei es sich in Fällen mit massiver Verzerrung um einen langfristigen Prozess handeln kann), können die anderen Formen der Intervention (oben aufgeführt) produktiv eingesetzt werden.

Sensitive Responsivität:

Der Punkt ist, dass sensitive Responsivität im Rahmen von Beziehungen sowohl Thema von Prävention und Frühintervention als auch der Prozess und das Ergebnis der Intervention ist. Eine erfolgreiche Behandlung muss in der Zone der proximalen Entwicklung der Eltern stattfinden. Umfasst dies, dass man lernt, offene und reziproke Beziehungen zu führen, in denen Schwächen und Verwundbarkeiten zum Ausdruck gebracht, angesprochen und geschützt werden können, muss die Intervention selbst zu einer solchen Beziehung werden. Deshalb gilt Folgendes: je weniger sich Eltern in Beziehungen wohl fühlen (und je subjektiver ihre Informationsverarbeitung), desto wichtiger und umfassender ist die therapeutische Allianz, die zur Herbeiführung einer Änderung erforderlich ist. Eine Intervention nach dem Motto »eine für alle« wird bei den Eltern-Kind-Beziehungen mit dem größten Risikopotenzial nicht nur fehlschlagen, sondern diesen möglicherweise sogar schaden. Wir müssen unsere Interventionen insbesondere in Fällen mit hohem Risiko sorgfältig auswählen und fokussieren (und dabei stets im Auge behalten, dass bei einigen anscheinend gut funktionierenden Eltern-Kind-Dyaden versteckte Probleme vorliegen). Eine gutes Screening wird somit zu einem wichtigen Teil der Intervention.

Interventionen können nach Informationsquellen (d.h. kognitiven und affektiven Formen der prozeduralen, bildlichen, semantischen, assoziativen und episodischen Gedächtnissysteme) und nach ihrem Grad der Integration (d.h. vorbewusst, bewusst und verbal, reflektiv und integrativ) unterschieden werden. Bei der Auswahl einer Interventionsstrategie muss man beurteilen, ob der Elternteil tendenziell eher dem Typ A oder dem Typ C entspricht und welche Verarbeitungsfähigkeiten er besitzt. Bietet man eine Intervention an, die von einer weniger ausgeprägten Tendenz oder größeren Verarbeitungsfähigkeiten ausgeht, als der Einzelne tatsächlich besitzt, so kann sich dies als schädlich erweisen. Bietet man beispielsweise einem Elternteil, der noch nicht in der Lage ist, sich verbal auszudrücken und zur kognitiven Verarbeitung tendiert, Elternbildung an, so kann dies dazu führen, dass neue Regeln und Maßstäbe erzeugt werden, die das Kind einhalten muss. Dies steht selbstverständlich in Widerspruch zur sensitiven Responsivität. Natürlich kann es ebenso ins Auge gehen, einem Typ-C-Elternteil eine kurze Beratung zum Thema Wutanfälle zu bieten, wenn übertriebene Gefühlsäußerungen des Elternteils verkannt und die Beiträge, welche die Eltern zu diesen Wutanfällen leisten, bagatellisiert werden.

Beurteilung:

Die Beurteilung ist der Schlüssel zur Planung einer geeigneten Intervention. Selbstverständlich muss eine Beurteilung an die hier angebotenen Strategien, die Informationsverarbeitung und die integrative Wirkungsweise gebunden sein. Zu diesem Zweck (und zu Forschungszwecken) wurde eine Reihe sachdienlicher Beurteilungsverfahren entwickelt. Beim CARE-Index handelt es sich um ein kurzes Beobachtungsverfahren, das sich für Kinder ab der Geburt bis zu einem Alter von ungefähr 30 Monaten eignet. Der Fremde-Situation-Test (FST) ist ein diagnostisches Instrument für Kleinkinder im Alter zwischen elf und 15 Monaten, der durch eine Beobachtungsmethode für Kinder im Vorschulalter (engl. Preschool Assessment of Attachment, PAA) bis zu einem Alter von ungefähr fünf Jahren erweitert wird. Die Beobachtungsmethode für Schulkinder (engl. School-Age Assessment of

Attachment, SAA) bedient sich verbaler Repräsentationen, die inhaltlich an präverbale dispositionelle Repräsentationen des Verhaltens gebunden sind. Die Wirkungsweise älterer Personen, u. a. auch der Eltern, wird mit Hilfe einer Befragungsmethode für Jugendliche (engl. Transition to Adulthood Attachment Interview, TAAI) und einer Befragungsmethode für Erwachsene (engl. Adult Attachment Interview, AAI) angesprochen. Bei Eltern-Kind-Dyaden mit Säuglingen und Kleinkindern, die einem beträchtlichen Risiko ausgesetzt sind, sollten sowohl die Erwachsenen als auch das Kind beurteilt werden.

Wirksamkeit von Behandlung:

Was die Wirksamkeit der Therapie anbelangt, so erklärt die Literatur einstimmig, dass eine psychologische Behandlung, unabhängig von dem gewählten Ansatz (psychodynamische Therapie, Verhaltenstherapie, kognitive Therapie, systemische Familientherapie), in weniger als der Hälfte der Fälle wirksam ist. Die meisten empirischen Daten stammen aus der kognitiven Therapie. Zwar lassen die Ergebnisse darauf schließen, dass die Symptome unmittelbar nach der Behandlung stark gelindert wurden (ungefähr 70%), doch stellt sich der langfristige, ein Jahr oder mehr nach der Behandlung ermittelte Erfolg als sehr viel geringer (ungefähr 35%) dar.

Um zu verstehen, wie man diese Bandbreite verfügbarer Therapieansätze bei Eltern und Kindern am besten anwendet, bedarf es eindeutig weiterer Anstrengungen. Zumindest jedoch sollten Interventionen gewählt werden, die (1) auf die Bedürfnisse und Fähig-

keiten der Eltern eingehen und bei denen (2) das Risiko, dass die Probleme verschärft oder neue Probleme geschaffen werden, gering ist. Dies bedeutet, eine Therapie sollte sensibel auf die spezifischen Merkmale des jeweiligen Elternteils eingehen und so durchgeführt werden, dass sich die Möglichkeit eines Zuspitzens der Situation verringert.

Ferner sollten wir uns nicht zu der Annahme verleiten lassen, eine frühe Intervention könne Familien gegen zukünftige Probleme immun machen. Stattdessen sollten wir Hilfsangebote fördern, die (1) das Bewusstsein der Eltern darüber, wie sie Informationen erzeugen und Verhaltensweisen wählen, steigern und (2) eine reflektive, integrative Verarbeitung fördern. Wird dies frühzeitig erreicht, ist es möglich, mit Hilfe einfacher regelmäßiger Beobachtungen jeden eventuell bestehenden Bedarf an vorausschauender Anleitung, Elternbildung, die sich an den Bedürfnissen älterer Kinder orientiert, oder Beratung hinsichtlich besonderer Probleme zu erkennen.

Die Hypothese lautet: Wird (a) die Anwendung verzerrter und begrenzter Informationsquellen seitens der Eltern und (b) das Fehlen einer reflektiven, integrativen Informationsverarbeitung nicht frühzeitig angesprochen, so ist zu erwarten, dass die Familie bei jeder neuen, sich im Rahmen der kindlichen Entwicklung ergebenden Herausforderung aus dem Ruder gerät und dadurch eine Eskalation des Problems riskiert. In einem solchen Fall pflegen Familie und behandelnde Einrichtungen wahrscheinlich häufige Kontakte, um die sich stetig ändernden Krisen zu meistern.

Aus- und Weiterbildung:

Das Family Relations Institute (FRI) in Miami, Florida (USA), beschäftigt sich hauptsächlich mit der Entwicklung der Bindungstheorie, der Forschung zu den Themen Misshandlung und psychische Störungen und der Aus- und Weiterbildung von ForscherInnen und KlinikerInnen in einem multikulturellen Kontext. Das Institut bietet Lehrgänge zur Theorie und zu allen Beurteilungsverfahren an. In Seminaren für Fortgeschrittene werden diese Informationen auf Fälle aus der klinischen Praxis angewendet, die von den SeminarteilnehmerInnen vorgestellt werden. Die Grundkurse finden meist außerhalb der USA statt und werden in der Landessprache der TeilnehmerInnen gehalten. Eine Ausnahme bilden die klinischen Seminare für Fortgeschrittene, die an Orten stattfinden, die es erlauben sich zurückzuziehen, und die sich als förderlich auf die reflektiven und integrativen Prozesse auswirken. Das Institut kodiert ferner Beurteilungen für die Forschungsarbeiten Dritter, um so die Verfügbarkeit genauer und objektiver Daten sicherzustellen.

Nach 30 Jahren Beschäftigung mit der Entwicklung der Bindungstheorie und der Beurteilung von Bindungsqualitäten entwickelt sich nun die Forschung, die sich mit der Wirksamkeit der auf den Bindungsprinzipien beruhenden Therapien befasst, zu einem zentralen Teil der Arbeit des FRI. Ferner verlagert sich der Schwerpunkt der Aktivitäten des Instituts von der grundlegenden Lehre der Theorie und der Beurteilung auf die Aus- und Weiterbildung von TrainerInnen (in den Ländern, in denen viele KlinikerInnen bereits in den Beurteilungsverfahren geschult wurden) und die Erschaffung einer internationalen Kerngruppe von AusbilderInnen, ForscherInnen und TheoretikerInnen, die allesamt diese Theorie anwenden und ihren Beitrag dazu leisten (cf., www.patcrittenden.com).

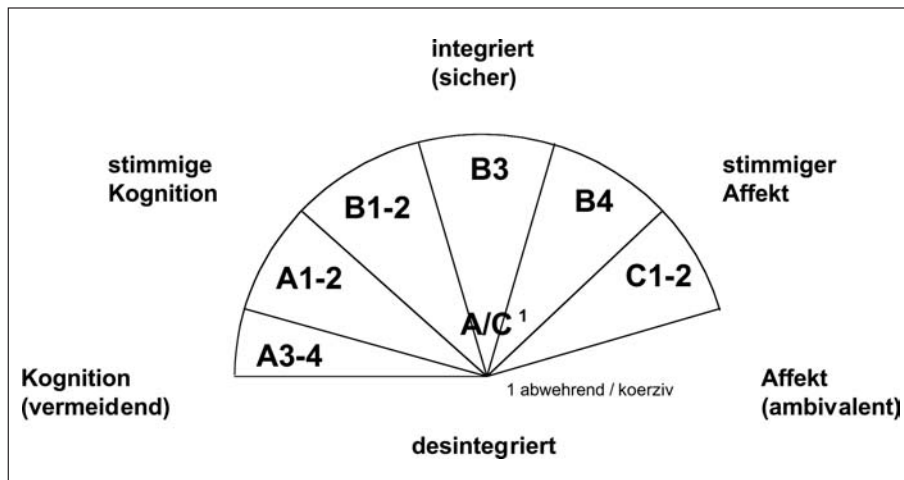


Abbildung 1: Bindungsmuster im Säuglingsalter. Nach: Crittenden, P. (2003): Klinische Anwendung der Bindungstheorie bei Kindern mit Risiko für psychopathologische Auffälligkeiten und Verhaltensstörungen. In: Verein für Kommunalwissenschaften e. V. (Hrsg.): It Takes Two to Tango. Frühe Kindheit an der Schnittstelle zwischen Jugendhilfe und Entwicklungspsychologie. Reader zur Fachtagung.

Kontakt

Prof. Dr. Patricia M. Crittenden

Family Relations Institute
9481 SW 147 St. Miami,
FL 33176, USA

Telefon: 001/305/256-9110
Fax: 001/305/251-0806
E-Mail: pmcrittenden@att.net

Frau Prof. Dr. Crittenden setzt bindungstheoretische Erkenntnisse in konkrete Bezüge zur Praxis vor dem Hintergrund ihrer langjährigen Berufstätigkeit in der Forschung, Praxis sowie in der Aus- und Weiterbildung. Sie lehrte an zahlreichen Universitäten in den USA, in Kanada, Australien und Europa. Für ihr Lebenswerk wurde sie im Jahr 2004 von der *European Family Therapy Association (EFTA)* ausgezeichnet.

Einen weiteren Beitrag aus der Bindungsforschung lesen Sie in den *IKK-Nachrichten 2–2001*. In diesem behandelt Frau Dr. Ziegenhain das Thema der Kindesvernachlässigung aus bindungstheoretischer Sicht. Sie berichtet in dieser Ausgabe der *IKK-Nachrichten* zudem über die entwicklungspsychologische Beratung bei jugendlichen Müttern und ihren Säuglingen.

Literatur

- Ainsworth, M. D. S. (1979):
Infant-mother attachment.
In: *American Psychologist*, 34, 932–937.
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., Wall, S. (1978):
Patterns of Attachment: A psychological study of the strange situation.
Hillsdale, NJ: Erlbaum Associates.
- Bowlby, J. (1980):
Attachment and loss. Vol. III: Loss.
New York: Basic Books.
- Crittenden, P. M. (in press):
Why do inadequate parents do what they do?
In: Mayseless, O. (Ed.):
Parenting representations: Theory, research, and clinical implications.
Cambridge: Cambridge U. Press.
- Crittenden, P. M. (2004):
The origins of physical punishment: An ethological/attachment perspective on the use of punishment by human parents.
In: Donnelly, M., Strauss, M. A. (Eds.):
Corporal Punishment of Children in Theoretical Perspective. New Haven: Yale University Press.
- Crittenden, P. M. (1999):
Danger and development: The organization of self-protective strategies.
In: Vondra, J. I., Barnett, D. (Eds.):
Atypical attachment in infancy and early childhood among children at developmental risk. Monographs of the Society for Research on Child Development, 145–171.
- Crittenden, P. M. (1995):
Attachment and psychopathology.
In: Goldberg, S., Muir, R., Kerr, J. (Eds.):
John Bowlby's attachment theory: Historical, clinical, and social significance.
New York: The Analytic Press, 367–406.
- Crittenden, P. M. (1992):
Quality of attachment in the preschool years.
In: *Development and Psychopathology*, 4, 209–241.
- Damasio, A. R. (1994):
Descartes' error: emotion, reason, and the human brain.
New York: Avon Books.
- Fonagy, P., Target, M. (1997):
Attachment and reflective function: Their role in self-organization.
In: *Development and Psychopathology*, 9, 679–700.
- Gergely, G. (2001):
The obscure object of desire: 'Nearly, but clearly not like me': Contingency preference in normal children versus children with autism.
In: *Bulletin of the Menninger Clinic*, 65, 411–426.

Schacter, D. L., Tulving, E. (1994):
What are the memory systems of 1994?
In: Schacter, D. L., Tulving, E. (Eds.):
Memory systems 1994.
Cambridge, MA: Bradford, 1–38.

Stern, D. (1985):
The interpersonal world of the infant.
New York: Basic Books.

Vygotsky, L. S. (1987):
The collected works of L. S. Vygotsky.
R. W. Rieber, A. S. Carlton (Eds.), translated by N. Minick.
New York: Plenum Press.

Young, J. E. (1999):
Cognitive therapy for Personality Disorders: A schema-focused approach.
Sarasota, FL: Professional Resource Exchange Inc.

STEEP™ 1**Frühe Hilfe zur Förderung der Resilienz in riskanten Kindheiten²**

Wenn wir von Kindheiten sprechen, dann denken wir zunächst an das Aufwachsen in einer bestimmten Zeit und unter bestimmten gesellschaftlichen Bedingungen. Wir könnten der Frage nachgehen, wie sich Kindheit heute von früheren Kindheiten unterscheidet und welche unterschiedlichen Formen davon vorzufinden sind, z. B. wie viele Kinder Trennung und Scheidung ihrer Eltern erleben und wie viele in Armutsverhältnissen leben. Wir würden auf Aussagen zur »Individualisierung der Lebenslagen« und »Pluralisierung der Lebensführung« (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2001) stoßen und zusammen mit anderen ExpertInnen wahrscheinlich feststellen, dass »in unserer Gesellschaft ... das Aufwachsen für Kinder und Jugendliche in vielen Bereichen riskanter und gefährlicher geworden (ist), und auch die Erziehungsaufgaben für die Eltern ... wesentlich schwieriger geworden (sind)« (Scheuerer-Englisch, 2005). Es ist somit nahe liegend, wenn ich mich in meinen Ausführungen auf riskante Kindheiten beschränke. Allerdings werde ich das Hauptaugenmerk nicht auf die Beschreibung der unterschiedlichen Risiken dieser Kindheiten legen, sondern vielmehr darauf, wie einzelne Kinder damit umgehen. Indem wir Entwicklungsverläufe in den Mittelpunkt unseres Interesses stellen, vermeiden wir auch eine Aufspaltung in Innen- und Außenwelten und betrachten, wie sie in individuellen Entwicklungsverläufen in Beziehung treten, und welche Kräfte die zwischen ihnen stattfindenden Transaktionen orchestrieren (Staudinger, 1999). Kinder werden sich Ressourcen erschließen und Gefahren vermeiden oder erfolgreich abwehren bzw. dies eben nicht tun. Wieso eigentlich? Wieso setzen sich manche Kinder durchaus erfolgreich mit denselben riskanten Aufwuchsbedingungen auseinander, an denen andere wiederum scheitern? Wenn wir Antworten darauf finden, dann vergrößert sich nicht nur unser Verständnis von allgemeinen Entwicklungsprozessen und -mechanismen – eben den oben genann-

ten orchestrierenden Kräften –, sondern es hilft uns gleichzeitig auch, wirksame Strategien zu entwerfen, um Entwicklungsverläufe gerade in riskanten Kindheiten optimal zu fördern.

Unser Wissen über problematische Entwicklungsverläufe hat sich lange Zeit auf Ergebnisse von retrospektiven Untersuchungen beschränkt: wenn Störungen aufgetreten sind, hat man in einer Rückschau auf den bisherigen Entwicklungsverlauf und seine prägenden Charakteristika nach Erklärungen für Entwicklungsergebnisse gesucht. Durch eine solche Vorgehensweise rücken Entwicklungsrisiken und -defizite in den Mittelpunkt der Betrachtung. Mehr noch, es besteht gar keine Chance bei einer retrospektiven Vorgehensweise, auf die erfolgreiche Auseinandersetzung mit Entwicklungsrisiken und Gefährdungssituationen zu stoßen und sich nach dem Warum zu fragen. In den 70er-Jahren wurden deshalb Langzeitstudien an Hochrisiko-Stichproben gestartet, die teilweise bis in die Gegenwart andauern und darüber Auskunft geben können, warum Entwicklungsverläufe trotz ausgeprägter Gefährdungssituation insgesamt zu guten Ergebnissen führen. In der Fachwelt wird dieses Phänomen als Resilienz bezeichnet (Masten, 2001) und aus den Erkenntnissen lassen sich unterschiedliche Resilienz fördernde Strategien ableiten, die im Folgenden mit einer Schwerpunktsetzung auf dem STEEP™-Programm¹ dargestellt werden. Vorauszuschicken ist, dass STEEP™ als konsequente praktische Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Minnesota-Parent-Child-Project (MPCP), einem Forschungsprojekt zur Untersuchung der Ursprünge von Misshandlung und Missbrauch, konzipiert wurde – also vorrangig ein Programm zur Vermeidung von Missbrauch und Misshandlung ist.

1. Resilienz fördernde Strategien

Ann Masten (2001) fasst die unterschiedlichen – empirisch abgeleiteten – Wege zur Förderung von Resilienz in (1) risikozentrierte, (2) ressourcen- und schließlich (3) prozessorientierte Strategien zusammen.

Unter der ersten Strategie sind alle Bemühungen subsumiert, Risiken für die kindliche Entwicklung zu erkennen und sie schließlich, wenn nicht zu beseitigen, so doch zu minimieren. Kinder von erkannten Gefahren fern zu halten und zu schützen ist so selbstverständlich, dass vielleicht die Grenzen eines solchen Ansatzes nicht genügend bedacht werden. Zunächst dürfte jede Gesellschaft damit überfordert sein, alle erkannten Gefahren von ihren Kindern fern zu halten, da das Leben an sich voller Risiken ist. Zudem stellen sich Risiken für unterschiedliche Kinder nicht in gleichem Maße dar, und nicht alle Risiken sind ohne weiteres erkennbar. Für eine durchtrainierte Kanutin stellt z. B. eine schwierige Wildwasserstrecke ein kalkulierbares Risiko dar, das mit weiterem Training zudem geringer wird. So betrachtet, scheint es sinnvoll, Kinder nicht von allen Risiken abzuschirmen (z. B. elterlichem Streit, Straßenverkehr etc.), sondern ihnen bei der Bewältigung dieser Risiken zu helfen. Dadurch werden sie gleichsam trainiert und vergleichbare Lebensumstände stellen schumpfende Risiken oder eben auch gar keine mehr für diese Kinder dar. Hier ist allerdings deutlich zu sagen, dass es Gefahren gibt, die von keinem Kind bewältigt werden können, und sie deshalb unter allen Umständen davor geschützt werden müssen (z. B. Loyalitätskonflikte bei Ehestreit

1 Steps Toward Effective and Enjoyable Parenting: Schritte hin zu einer effektiven und Freude bereitenden Elternschaft, entwickelt von B. Egeland und M. F. Erickson an der University of Minnesota.

2 Überarbeitete Fassung eines Vortrags, gehalten im Rahmen der Fachtagung des DKSB LV Bayern »Nicht die Kinder sind anders, sondern die Kindheiten« am 15. April 2005 in Würzburg.

bzw. gefährliche Straßen, gar nicht zu sprechen von Misshandlungssituationen). Dies berücksichtigt, besagt unser Ansatz jedoch, dass man Kinder *eher* darin unterstützen sollte, Gefahren und Risiken zu bewältigen, und sie keinesfalls unter der berühmten Käseglocke aufwachsen zu lassen. Wir rufen also zu einer Akzentverschiebung und Umorientierung zu Gunsten der Unterstützung und Stärkung von Kindern zur erfolgreichen Auseinandersetzung mit Lebensrisiken auf.

Die in der zweiten Gruppe vereinten ressourcenorientierten Strategien fassen alle Bemühungen zusammen, die Eltern und Kinder gleichermaßen Kraft schöpfen lassen und zu ihrer Entspannung und Erholung beitragen, z. B. Elterncafé, -kino, -treff etc. Diese anerkanntermaßen positiven Strategien müssen jedoch immer wieder vorgehalten werden, da ihre Wirkung schnell verpufft, wie eben die Wirkung eines erholsamen Wochenendes auch.

Dies ist der deutliche Unterschied zu den prozessorientierten Strategien der Resilienzförderung. Bei letzteren wird gleichsam ein Saatkorn in Entwicklungsverläufe eingebracht, das lange nach Beendigung der eigentlichen Intervention noch zur Entfaltung ihrer Wirksamkeit beiträgt. Solche Saatkörner stellen in der menschlichen Entwicklung die folgenden Schutzsysteme dar: Regulationssystem, Bindungssystem, Bewältigungsmotivationssystem sowie kommunale oder auch religiöse oder spirituelle Schutzsysteme, die z. B. über gelebte Werte und Solidarität die individuellen Systeme sinnvoll ergänzen. Wir werden hier nur auf die ersten drei eingehen und hier wiederum insbesondere auf das Bindungssystem, da es das mächtigste Schutzsystem darstellt, das wir kennen.

Lernt ein Kind, seine innere Erregung, seine Gefühle und sein Verhalten zunehmend besser in Abstimmung mit den jeweiligen Anforderungen zu regulieren, so wird ihm das immer wieder in den unterschiedlichsten Situationen zugute kommen. Generell wird dies seine weitere Entwicklung positiv beeinflussen. Darum sind Angebote für Eltern, wenn sie Probleme mit dem Durchschlafen, dem Schreien oder dem Füttern ihrer Säuglinge haben (Papoušek, 2004) nicht nur für einen förderlichen Beziehungsaufbau zwischen Mutter und Kind, son-

dern auch im Hinblick auf die Entwicklung von ausreichenden Regulationsfähigkeiten bis hin zu einer Vermeidung von Aufmerksamkeitsdefizitstörungen mit oder ohne Hyperaktivität (ADS) beim Kind von Bedeutung. Jedoch zeigt sich der Segen von selbstregulativen Fähigkeiten über den gesamten Lebenslauf hinweg. Individuen, die das jeweils erforderliche Ausmaß von Ich-Kontrolle an die jeweils wechselnden Anforderungen flexibel anpassen können, sind meist auch im Vorteil, wenn es um die Optimierung von Entwicklungschancen geht.³

Sehr früh im ersten Lebensjahr haben Kinder unterschiedliche Möglichkeiten, ihre Selbstwirksamkeit zu erleben. Eltern, die ihr Kind von Anfang an als autonome Persönlichkeit mit eigenen Wünschen und Bedürfnissen respektieren, werden die gerade im Gang befindlichen Aktivitäten ihres Kindes nicht achtlos unterbrechen und es vielmehr dabei unterstützen, eigene Ziele zu erreichen. Sie greifen immer nur dann helfend ein, wenn das Kind aus eigener Kraft nicht weiterkommt, und dies machen sie so subtil, dass das Kind sich als Urheber der vollbrachten Leistung betrachten kann. Durch zahllose Selbstwirksamkeitserfahrungen zeigen solche Kinder bereits mit zwei Jahren größere Ausdauer und eine höhere Motivation bei der Bewältigung von Aufgaben (Sroufe et al., 2005), die später auch bei der Bewältigung größerer Aufgaben die zum Erfolg notwendige Energie freisetzen und zum nötigen Biss verhelfen. Sie können notfalls eben auch ihr Äußeres geben, weil sie ihre Fähigkeiten zur erfolgreichen Bewältigung von Problemen realistisch einzuschätzen gelernt haben. Dies heißt nicht, dass eine damit ausgestattete Fußballelf ein Spiel, in dem sie mit 0:2 im Rückstand liegt, immer drehen und schließlich mit 3:2 gewinnen kann, aber ohne eine solche Bewältigungsmotivationskompetenz sind solche Ergebnisse auch nicht denkbar.

Die bisher beschriebenen Schutzsysteme überschneiden sich mit dem dritten und letzten hier besprochenen, dem Bindungssystem, sind jedoch nicht deckungsgleich mit ihm: Kinder mit sicherer Bindungsbeziehung zu ihren Eltern verfügen in der Regel auch über gute selbstregulative Fähigkeiten und

haben eine gut entwickelte Bewältigungsmotivationskompetenz. Im Kern bedeutet eine sichere Bindung allerdings, dass die betreffenden Kinder innerhalb der als hilfreich erlebten Beziehung interne Arbeitsmodelle entwickeln, die das eigene Selbst als liebenswert, die Bindungspersonen als psychologisch verfügbar und Beziehungen allgemein als hilfreich – gerade in Phasen der eigenen Unsicherheit – und als positiv abbilden. Somit werden diese Kinder aufgrund der erfahrenen Verlässlichkeit in ihrer weiteren Entwicklung Erwachsene als sichere Basen für den Aufbruch ins Abenteuer Leben und gleichzeitig auch als Hafen der Sicherheit anlaufen. Dies sind die zwei Seiten der Eltern-Kind-Bindung. Der Aspekt der sicheren Basis unterstützt Kinder in ihrem primären Bedürfnis, die Umwelt zu erkunden, indem die Bindungsperson dafür die nötige Sicherheit bereitstellt und schützend die kindlichen Aktivitäten im Auge behält, gerade wenn Kinder Risiken noch nicht zuverlässig einschätzen können. Kinder erwarten gerade im Zweijahresalter auch, dass die Eltern ihnen von Zeit zu Zeit unterstützend unter die Arme greifen, wenn ihre eigenen Fähigkeiten nicht ausreichen, und sie wollen auch, dass sich die Eltern mit ihnen über ihre Errungenschaften freuen. So können sie ihre Fähigkeiten erproben und ausbauen – und das alles mit einem Risiken abfedernden Sicherheitsnetz. Wenn es dann unvorhergesehene Gefahren gibt oder innere Unsicherheiten auftreten, dann erleben Kinder mit sicheren Bindungsbeziehungen, dass sie willkommen geheißen werden, wenn sie sich an die betreffenden Bindungspersonen wenden, und sie den nötigen Trost und das gewünschte Ausmaß an Zuwendung bei ihnen finden. Manchmal wollen sich Kinder bei ihren Eltern nur einkuscheln und von ihnen erfahren, dass sie Freude am Kind haben⁴ – auch das erfahren Kinder von ihren Eltern, wenn sie eine sichere Bindungsbeziehung zu ihnen entwickelt haben.

3 Block & Block (1980) haben die Rolle von »ego-control« und »ego-resiliency« für die erfolgreiche Organisation von Verhalten bereits sehr früh untersucht und als die zwei grundlegenden Persönlichkeitsfaktoren beschrieben (Block, 1995).

4 Diese beiden Seiten der Eltern-Kind-Bindung werden sehr anschaulich von Marvin et al. (2003) erläutert.



Frühe Hilfen für Kinder und ihre Familien Ein Projekt

der Hochschule für Angewandte Wissenschaften
Hamburg und der Fachhochschule Potsdam,
gefördert durch das Bundesministerium für Bildung
und Forschung

2. STEEP™ – ein bindungstheoretisch fundiertes Programm zur Förderung der Resilienz

Der Verlauf der Bindungsentwicklung und der sie steuernden Mechanismen konnte über einen Zeitraum von 30 Jahren prospektiv gut untersucht werden, die Ergebnisse werden komplementiert durch retrospektive Untersuchungen, die die Tradierung von Bindungsqualitäten über Generationsgrenzen hinweg dokumentiert haben (Grossmann & Grossmann, 2004; Sroufe et al., 2005). Gerade Bindungsforschung an Hochrisiko-Populationen, wie sie an der University of Minnesota in den letzten 30 Jahren an über 260 Mutter-Kind-Paaren aus Armutsverhältnissen überaus erfolgreich betrieben worden ist, ist informativ für alle Bemühungen, Resilienz zu fördern und negative generationsübergreifende Tradierungen zu stoppen (zusammenfassend Kißgen & Suess, 2005).

Aufgrund dieser Erkenntnisse über gelingende Entwicklung trotz Risikoanhäufung wurde 1987 an der University of Minnesota das Frühinterventionsprogramm STEEP™ von Byron Egeland und Martha F. Erickson entwickelt, in die Praxis eingeführt und an 154 Müttern auf seine Wirksamkeit hin überprüft (dt. Erickson, 2002; Egeland, 2002; Suess & Hantel-Quitmann, 2004; Suess & Kißgen, 2005; Kißgen & Suess, im Druck). Somit liegt uns mit STEEP™ eine für die Praxis sozialer Arbeit relevante Technologie vor, für die bisher nicht nur immense Entwicklungskosten aufgebracht wurden, sondern die auch von den innerhalb der Bindungsforschung gesammelten Erkenntnissen in hervorragender Weise Gebrauch macht und sie zielführend umsetzt. Den Nachweis der Wirksamkeit hat sie nicht nur bei Abschluss, sondern sogar noch ein Jahr danach – also längsschnittlich – erbracht.

Nicht nur aus Kostengesichtspunkten ist dies ein unermesslicher Schatz. Natürlich waren die empirischen Ergebnisse nicht immer gemäß den Erwartungen und führten zu Modifikationen am ursprünglichen STEEP™-Modell. Eine der wesentlichen Änderungen betraf die Dauer: Von ursprünglich einem Jahr wurde das STEEP™-Modell auf mindestens zwei Jahre und bei Vorliegen einer ausgeprägten Suchtproblematik auf insgesamt drei Jahre ausgedehnt. Bei STEEP™ handelt es sich also um ein evidenzbasiertes Interventionsprogramm mit einer guten empirischen Basis. Seit seiner ersten Implementation und Evaluierung wird das modifizierte STEEP™-Programm bei ausgesuchten Trägern, teils in Trägerschaft der University of Minnesota (Baby's Space/Minneapolis), angewendet. Alle erfüllen die Programmanforderungen (St. David's Child Development and Family Center/Minneapolis), STEEP™ wurde damit nach erfolgter empirischer Evaluation einem umfassenden Praxistest unterzogen. Auch hieraus haben sich Modifikationen am ursprünglichen Programm ergeben.

Nun soll in einer weiteren Evaluation das modifizierte STEEP™-Programm in drei Metropolregionen auf seine Wirksamkeit hin überprüft werden: in den Metropolregionen Minneapolis, Hamburg sowie Potsdam/Berlin.⁵ Mit dieser neuerlichen Überprüfung der Wirksamkeit ist nicht nur ein weiterer Feinschliff zu erwarten, sondern auch zusammengefasste und kommunizierbare Erfahrungen über Anforderungen an die Implementation im deutschsprachigen Raum.

STEER™ beginnt möglichst in der Schwangerschaft und fördert realistische Erwartungen an die kommende Zeit mit dem Kind. Kennzeichnend für den äußeren Rahmen sind dabei Hausbesuche bei den teilnehmenden Müttern und Gruppentermine mit jeweils zehn bis 15 teilnehmenden Müttern sowie der Ein-

⁵ Die deutschen Projektteile werden mit Mitteln des BMBF finanziert und von der HAW-Hamburg (Projektleitung: Prof. Dr. Hantel-Quitmann & Prof. Dr. Suess; Projektkoordination: Dipl.-Psych. Uta Bohlen) sowie der FH Potsdam (Projektleitung: Prof. Dr. Ludwig Körner; Projektkoordination: Dipl.-Psych. Gabi Koch) ausgeführt. Die US-amerikanischen Teile werden bei St. David's (Projektleitung: Dr. Sue Fust) ausgeführt und von unterschiedlichen Quellen finanziert.

satz von Videotechnik zur Verbesserung der Beziehung zum Kind. In den Hausbesuchen steht der Umgang einer Mutter mit ihrem Kind im Mittelpunkt. Die Gruppentermine bieten Gelegenheit für die Eltern zur Ausbildung von Fähigkeiten, die für sie unabdingbaren sozialen Unterstützungsnetze zu schaffen. Außerdem können sie von anderen Eltern und deren positiven Veränderungsprozessen profitieren. Alle Teile von STEEP™ sind durchdrungen von einer inneren, bindungstheoretisch fundierten Haltung, die neben dem einschlägigen Wissen einen besonders respektvollen Umgang mit den Eltern beinhaltet. Der angestrebte Veränderungsprozess betrifft zentrale Aspekte des Lebens der betroffenen Eltern und ist sicherlich emotional aufwühlend bis ängstigend. Hier soll die Beraterin bzw. der Berater als sichere Basis dienen und Sicherheit und Halt bieten.

Aus zweierlei Hinsicht ist deshalb STEEP™ nicht durch Lektüre allein erlernbar, sondern erfordert ein personal geprägtes Training⁶, das das Auge (Beobachtungstraining), den Kopf (bindungstheoretisches Wissen) und das Herz (die besondere Haltung und die Reflexion des eigenen Bindungshintergrunds) gleichermaßen einschließt. Zunächst ist der partnerschaftlich geprägte und respektvolle Umgang mit den betroffenen Eltern ein Ziel, das Veränderungen der BeraterInnen mit einschließt. Dies geschieht in Selbsterfahrung und innerhalb eines intensiven Supervisionsprozesses. Und zum zweiten erfordert das Erkennen von gelungenen Mutter-Kind-Interaktionen ein spezielles Beobachtungstraining. Wenn Videotechnik zur Verbesserung der Eltern-Kind-Interaktion eingesetzt wird, braucht der Berater oder die Beraterin einen objektivierbaren Maßstab für das, was angestrebt werden soll, und zwar nicht nur an der Grenze zur Kindeswohlgefährdung, sondern auch an der Grenze zum Perfektionismus. Eltern sollen nämlich auch aus bindungstheoretischer Sicht immer auf die allen Beziehungen immanente Fehlerhaftigkeit vorbereitet werden und auf die besonderen Gefahren von Perfektionismus. Wenn Eltern all ihre relevanten Bindungsbeziehungen kritisch reflektieren können, inklusive ihrer Auswirkungen auf ihre Kinder, und all die in dieser Beziehung vorkommenden Fehler sensibel registrieren und auch Abbitte dafür bei

ihren Kindern leisten können, dann sind sie bestens auf die Erziehung ihrer Kinder vorbereitet.

Bindungsforscher sind überzeugt von der Bedeutung unbewusster Prozesse bei der Kindes»erziehung« und von der Notwendigkeit individualisierter Programme zur Förderung gelingender Eltern-Kind-Beziehungen. Nicht abstrakte Expertisen – auf Erziehungsstile hinweisende Programme – oder populär geschriebene Elternratgeber weisen im Allgemeinen den Weg zu gelingender Elternschaft, sondern allein eine Hinwendung zum Kind und seinen zu entziffernden Signalen. Diese stellen den Ausgangspunkt einer Reise für Eltern und Kind zu neuen Erfahrungshorizonten dar, die beide Seiten nachhaltig verändert und zu einer fruchtbaren Saat für soziale Systeme wird. Die Eltern dabei die ersten zwei Lebensjahre des Kindes auf dieser Reise zu begleiten ist zentral für das STEEP™-Programm. Eltern werden unterstützt, die Signale ihres Kindes aufmerksam zu »studieren« und sich darum zu bemühen, die Welt aus den Augen ihres Kindes verstehen zu lernen. Dazu werden nicht nur psychotherapeutische, auf die Verbesserung der Eltern-Kind-Interaktion (Seeing is Believing) und die Reflexion der eigenen Kindheitserfahrungen (Looking back, Moving forward) zielende Methoden eingesetzt, sondern auch entwicklungspsychologisch fundierte Wissensvermittlung und nicht zuletzt die heilende Wirkung einer gelungenen therapeutischen Beziehung. Bindungsmodelle entwickeln sich innerhalb von primären Bindungsbeziehungen und verändern sich auch bevorzugt in diesen und in weiteren bedeutsamen Beziehungen. Darum ist aus bindungstheoretischer Sicht eine beziehungsbasierte Intervention erforderlich. Bei STEEP™ setzen die BeraterInnen ihre eigene Beziehung zu den Eltern als Instrument ein. Sie bemühen sich nicht nur, den Eltern gegenüber eine sichere Basis zu sein, sondern auch als Modell dafür zu dienen, wie mit eigenen Schwächen »bindungssicher« umgegangen werden kann. Eltern werden dadurch auf Rückschläge vorbereitet und sie lernen, mit eigenen Fehlern konstruktiv umzugehen. Eltern sollen innerhalb dieser Beraterischen Beziehung jedoch auch gerade in den Erwartungen, die aus unsicheren Bindungsmodellen stammen, frustriert

werden und lernen, sie zu verändern. Dazu dient das Wissen um die diesen Bindungsmodellen zugrunde liegenden Mechanismen und ihre Entwicklung steuernde Funktion. Allerdings müssen sich auch die BeraterInnen mit ihren eigenen Bindungsmodellen und -hintergründen auseinander setzen.

⁶ www.steep-training.de;
ZEPRA, Telefon 040/42875-7037;
martina.stehn@sp.haw-hamburg.de

Kontakt

Prof. Dr. Gerhard J. Suess

Hochschule für Angewandte
Wissenschaften Hamburg
Fakultät für Soziale Arbeit und Pflege
Saarlandstraße 30
22303 Hamburg

Telefon: 0179/5838074
E-Mail: info@gerhard-suess.de

Literatur

Block, J. H., Block, J. (1980):

The role of ego-control and ego-resiliency in the organization of behavior.

In: Collins, W. A. (Ed.): The Minnesota Symposia on Child Psychology (13th).

Hillsdale, N.J.: Lawrence Erlbaum Associates (Wiley), 39–101.

Block, J. (1995):

A contrarian view of the five-factor approach to personality description.

In: Psychological Bulletin, 117, 187–215.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2001):

Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland – Elfter Kinder- und Jugendbericht.

Berlin: MuK.

Egeland, B. (2002):

Ergebnisse einer Langzeitstudie an Hoch-Risiko-Familien – Implikationen für Prävention und Intervention.

In: Brisch, K. H., Grossmann, K. E., Grossmann, K., Köhler, L. (Hrsg.):

Bindung und seelische Entwicklungswege.

Stuttgart: Klett-Cotta.

Erickson, M. F. (2002):

Bindungstheorie bei präventiven Interventionen.

In: Brisch, K. H., Grossmann, K. E., Grossmann, K., Köhler, L. (Hrsg.):

Bindung und seelische Entwicklungswege.

Stuttgart: Klett-Cotta.

Grossmann, K., Grossmann, K. E. (2004):

Bindungen – das Gefüge psychischer Sicherheit.

Stuttgart: Klett-Cotta.

KiBgen, R., Suess, G. J. (2005):

Bindung in Hoch-Risiko-Familien: Ergebnisse aus dem Minnesota Parent Child Projekt.

Heft 1/Januar.

KiBgen, R., Suess, G. J. (im Druck):

Bindungstheoretisch fundierte Intervention in Hoch-Risiko-Familien am Beispiel des STEEP™-Programms.

In: Frühförderung interdisziplinär, 24, 124–133.

Marvin, R. S., Cooper, G., Hoffmann, K., Powell, B. (2003):

Das Projekt »Kreislauf der Sicherheit“: Bindungsgeleitete Intervention bei Eltern-Kind-Dyaden im Vorschulalter.

In: Scheuerer-Englisch, H., Suess, G. J., Pfeifer, K.-W. P. (Hrsg.):

Wege zur Sicherheit: Bindungswissen in Diagnostik und Intervention.

Gießen: Psychosozial-Verlag, 25–50.

Masten, A. (2001):

Resilienz in der Entwicklung: Wunder des Alltags.

In: Röper, G., Hagen, C. v., Noam, G. G. (Hrsg.): Entwicklung und Risiko: Perspektiven einer klinischen Entwicklungspsychologie.

Stuttgart: Kohlhammer.

Papoušek, M., Schieche, M., Wurmser, H. (2004):

Regulationsstörungen der frühen Kindheit.

Bern: Huber.

Scheuerer-Englisch, H. (2005):

Brücken für Familien: Zur Verortung der Erziehungsberatung in einer komplexen Welt.

In: Informationen für Erziehungsberatungsstellen 1/05, 12–19.

Sroufe, L. A., Egeland, B., Carlson, E.,

Collins, W. A. (2005):

The Development of the Person: The Minnesota Study of Risk and Adaptation from Birth to Adulthood.

New York: Guilford Publications.

Staudinger, U. M. (1999):

Perspektiven der Resilienzforschung aus Sicht der Lebensspannen-Psychologie.

In: Opp, G., Fingerle, M., Freytag, A. (Hrsg.):

Was Kinder stärkt.

München: Reinhardt.

Suess, G. J., Hantel-Quitmann, W. (2004):

Bindungsbeziehungen in der Frühintervention.

In: Ahnert, L. (Hrsg.):

Frühe Bindung. Entstehung und Entwicklung.

München: Reinhardt.

Suess, G. J., KiBgen, R. (2005):

Frühe Hilfen zur Förderung der Resilienz auf dem Hintergrund der Bindungstheorie: Das STEEP™-Modell.

In: Cierpka, M. (Hrsg.):

Möglichkeiten der Gewaltprävention.

Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Inge Beyersmann

Eine Chance für psychosozial belastete Mütter mit Babys und Kleinkindern – ein Bericht aus der Frühberatungsstelle Bremen-Hemelingen

Die Frühberatungsstelle wurde 1999 als ein Stadtteilprojekt im Amt für Soziale Dienste Bremen ins Leben gerufen, um psychosozial belastete Familien mit Säuglingen und Kleinkindern so früh wie möglich zu erreichen. Ziel ist die Stabilisierung der Eltern-Kind-Beziehung und die Prävention von Kindesvernachlässigung und Kindesmisshandlung. Die Arbeit in der Frühberatungsstelle konnte bei steigender Nachfrage von Eltern bislang über den Projektzeitraum von fünf Jahren hinaus weitergeführt werden, nicht zuletzt, weil sich im Stadtteil 2003 eine Initiative von Müttern gebildet hatte, die von BürgerInnen, KinderärztInnen und sozialen Institutionen unterstützt wurde. Diese Initiative hat sich bei der Behörde erfolgreich für den Fortbestand der Frühberatungsstelle eingesetzt. Zurzeit wird ihre Arbeit von Frau Prof. Dr. Friese und ihren MitarbeiterInnen, Universität Bremen, evaluiert.

Durch das Zusammenwirken von Elternbildung, Frühförderung und Frühberatung konnten Prävention und Interventionen im Frühbereich vor Ort ausgebaut werden, um vor allem die Familien früher zu erreichen, die wenig Zugang dazu haben. Für den Erfolg der Arbeit spielen jedoch auch das Ausmaß und die Dauer der psychosozialen Belastungen, der emotionalen Störung oder der Erkrankung eines Elternteils eine Rolle. Zur Förderung der psychischen Gesundheit von Kindern und ihren Eltern innerhalb der Jugendhilfe sollten aber auch sozialtherapeutische Angebote vorhanden sein, um jungen Eltern mit extrem unsicheren Bindungsmustern und Bindungsängsten korrigierende Erfahrungen zu ermöglichen. Eltern, die durch Gewalt und Vernachlässigung traumatisiert worden sind, finden zunächst meist nicht den Weg zu einem niedergelassenen Therapeuten oder einer Therapeutin. Sie brauchen eine Bezugs- und sichere Bindungsperson nicht nur in der aktuellen Beziehung zu ihrem Kind, sondern auch als eine WegweiserIn oder eine »Brücke« – zum Beispiel zu einer Therapie.

Wie arbeiten wir?

Die Beratungsstelle arbeitet in enger Kooperation mit einem benachbarten Haus der Familie, dessen Mutter-Kind-Gruppen, Familienfreizeiten, Elternbildungsveranstaltungen und Spielkreise für die Familien einladend und attraktiv sind. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen PädagogInnen, der Kinder- und Jugendärztin und der Psychologin wirkt sich besonders in der Arbeit mit Multiproblemfamilien fruchtbar aus. Gemeinsam sind wir darum bemüht, auf die Probleme von Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern so früh und unbürokratisch wie möglich zu reagieren und Prävention und Kinderschutz in einem sozialen Brennpunkt zu verstärken. Viele Eltern wissen, dass das Haus der Familie ein Ort ist, wo sie etwas Gutes für sich und ihre Kinder finden und Hilfe bei ihren familiären Problemen erfahren. Die Frühberatungsstelle mit ihren Angeboten, eine positive Beziehung zwischen Kind und Eltern zu fördern, gehört dazu. Sie integriert verschiedene Beratungs- und Therapiekonzepte (entwicklungspsychologische Beratung mit Interaktionsdiagnostik, Verhaltensbeobachtungen, Anleitung zum Spiel, Babymassage, Familienberatung, psychoanalytische Paar- und Familientherapie, Körperpsychotherapie, therapeutisches Sandspiel). Spürbare Schwellenängste sind über eine helfende Beziehung und vielfältige Kontaktmöglichkeiten für Eltern und Förderangebote für Kinder vor Ort häufig reduzierbar. Hierzu gehört, dass BeraterInnen und TherapeutInnen AnsprechpartnerInnen vor Ort sind, sie sich transparent verhalten, sie ihre Motive und Ziele kommunizieren und auf die Eltern zugehen. Dies unterstützt eine Vertrauensentwicklung in den Eltern.

Unsere zentrale Aufgabe in der Arbeit mit psychosozial belasteten Eltern ist, die Kommunikation zwischen Eltern und Baby oder Kleinkind anzuregen und die Wahrnehmung der Eltern für die Signale

des Kindes zu sensibilisieren. Die Spiegelung gelungener Interaktionen macht die Eltern darauf aufmerksam, wie sich ihr Kind in ihrer Beziehung gut entwickeln kann. Besonders die videogestützte Interaktionsberatung weckt in den Eltern Vorstellungen darüber, wie entscheidend ihr Einsatz und ihre Kommunikation für die Entwicklung sind. Die Interaktionen bieten das Anschauungsmaterial in der Entwicklungsberatung für die Bedürfnisse, Signale und Entwicklungsaufgaben des Kindes. Die konkrete Anregung gespannter Interaktionen beim Wickeln, Füttern, kleinen Spielen oder zum Zwiegespräch ist besonders bei psychosozial sehr belasteten Eltern abhängig von einer Selbstwert stärkenden Kommunikation und einer positiven Resonanz der Beraterin auf die Bereitschaft der Eltern, sich Hilfe zu holen. Wenn eine Mutter oder die Eltern sich angenommen fühlen, überwinden sie eher ihre Hemmungen, ihre Schweigsamkeit oder Blockierungen gegenüber dem Kind. Die gemeinsame Reflexion gelungener Interaktionen und einzelner Entwicklungsfortschritte stärkt das Selbstvertrauen und das Interesse der Eltern an ihren Kindern. Ein Baby, das zum Beispiel seine Mutter im Gespräch offener, beruhigt und zugewandt erleben kann, reagiert darauf selbst eher beruhigt und interessiert sich für seine Umgebung. Das Erleben der Mutter in der Beratung, dass ihr Kind sie anschaut, anlächelt oder darauf hört, was sie sagt, vermittelt ihr die Erfahrung, dass sie wichtig und nicht bedeutungslos für ihr Kind ist. Wenn sie Blickkontakt sucht und hält und mit ihrem Baby spricht, kann sich ein Zwiegespräch entwickeln. Hieraus kann ein gegenseitiges »Führen« und »Mitziehen« mit immer reichhaltigeren Interaktionen werden, wenn Mutter und Kind als Partner der Dyade einander nachahmen und versuchen, den Partner auf sich zu konzentrieren und festzuhalten (Brazelton, 1994, S. 151ff.). Dieses »Mitziehen« im abgestimmten, spielerischen Rhythmus aufeinander wirkt als Ansporn auf die Mutter und das Baby und trägt

zur Entwicklung der Bindung entscheidend bei (Brazelton, a. a. o.). Auch Elternbildungsveranstaltungen in einer verstehenden Atmosphäre tragen dazu bei, dass sich auch psychosozial belastete Mütter engagieren.

Beispiel: Eine jugendliche, innerlich sehr aufgewühlte Mutter platzt abends mit ihrer 15 Monate alten Tochter in ein Elternseminar zum Thema »Umgang mit Trotz« hinein. Der Vater des Kindes, der auf die Tochter aufpassen sollte, hat sie versetzt. Deshalb hat sie das Kind mitgebracht. Sie reagiert dann im Seminar verunsichert und will zunächst ihr Kind, das noch putzmunter ist, im Kinderwagen anschnallen und ruhig stellen. Sie erreicht dadurch das Gegenteil. Das Kind beginnt zu toben. Mutter und Kind werden laut. Dazwischen klingelt ihr Handy. All dies ist ihr peinlich und sie will den Raum verlassen. Ich versuche, ihr die Teilnahme zu ermöglichen, und sage, dass es sehr wertzuschätzen sei, dass sie sich trotz der Enttäuschung und der Mühe abends auf den Weg gemacht habe. Jetzt hätten alle die Gelegenheit, praktisch mit Trotz umzugehen. Die anderen Teilnehmer sind bereit dazu und laden die Mutter ein zu bleiben. Ich bitte sie, sich in meine Nähe zu setzen und ermuntere sie, sich zu beruhigen und ihr Kind auf dem Boden spielen zu lassen. Das Kind beruhigt sich und interessiert sich für das Spielzeug, das meine Kollegin ihr gebracht hat. Die Mutter sucht intensiven Blickkontakt zu mir, während ich spreche, ebenso ihre kleine Tochter. Die Mutter-Kind-Interaktion entspannt sich allmählich und beide finden für die Zeit des Seminars Raum für sich selbst in Gegenwart eines Dritten. Am Ende der Stunde bedankt sich die Mutter mehrmals bei der Gruppe. Sie ist erleichtert, dass sich der Trotzanfall nicht ausgeweitet hat, was ihr sonst alleine mit ihrem Kind fast immer passierte.

Aber es gibt auch Erschwernisse in unserer Arbeit. Unsere Aufgabe, Risiken in der Eltern-Kind-Beziehung entgegenzuwirken, gestaltet den Kontakt zu uns Beraterinnen nicht angstfrei. Die Angst vor Wegnahme des Kindes belastet die Zusammenarbeit, sie kann aber auch der Motor dafür sein, in der Beratung zum Beispiel das Problem der Gewalt in der Partnerschaft anzusprechen und nach

einem neuen Weg für die soziale Sicherheit von Mutter und Kind zu suchen. Wir vermitteln den Eltern immer wieder, dass unsere Hauptziele die Stabilisierung der Eltern-Kind-Beziehung und die Entwicklungsförderung von Säuglingen und Kleinkindern sind.

Wenn Eltern ihr Kind in seinem Bedürfnis nach sicherer Bindung und Autonomie nicht ausreichend unterstützen können und sie ihre Entwicklungsaufgaben vernachlässigen, braucht das Kind zusätzliche Bezugspersonen, die es fördern und ihm soziale Sicherheit bieten. Diese müssen dann über das Case-Management im ambulanten Sozialdienst gefunden werden.

Verschiedene Arbeitsmethoden wie Begleitung, Beratung, Frühförderung und psychotherapeutische Gespräche zur Unterstützung von Hochrisikofamilien gehen oftmals ineinander über, wenn wir mit den Eltern gemeinsam die Aufmerksamkeit auf das Gelingen positiver Eltern-Kind-Interaktionen richten. Die Beraterin als sichere Bindungsperson versucht, sich dabei auch auf die Bedürfnisse der Eltern einzustellen und den noch nicht geübten Dialog zwischen Eltern und Kind nach beiden Seiten (kind- und elternzentriert) zu öffnen und Sicherheit im Kontakt zu vermitteln. Durch die Erfahrung der Eltern, dass sie Einfluss nehmen und risikoreichen Entwicklungen entgegenwirken können, kann sich die Beziehung zu ihrem Kind und zu uns Beraterinnen verändern. Diese korrigierenden Erfahrungen sind für den Aufbau einer vertrauensvollen Zusammenarbeit wichtig, besonders für Eltern, die der Beratung und den Elternbildungsangeboten eher misstrauen.

Die Reflexion unserer Arbeit im Team mit den PädagogInnen erlaubt uns, vor dem Hintergrund der Lebenssituation der Eltern immer wieder bedürfnisnah und konkret deren Interesse für Entwicklungsziele ihrer Kinder zu wecken. Der zusätzliche Einsatz des Frühförderprogramms »Opstapje« für Risikofamilien mit zwei- bis vierjährigen leicht entwicklungsverzögerten Kindern hat beispielsweise gezeigt, dass durch die Förderung des Zusammenspiels zwischen Mutter und Kleinkind und durch die emotionale Begleitung der Mütter sich die Spielfreude, die motorische, die

kognitive und die soziale Entwicklung der Kinder verbesserten. Nach eineinhalb Jahren Entwicklungsbegleitung durch das »Opstapje«-Frühförderprogramm erreichten die Kinder den Normbereich. Die wissenschaftliche Begleitung führte das Deutsche Jugendinstitut München in Kooperation mit den Universitäten Erlangen und Bremen durch. Alle Mütter empfanden die Teilnahme an der Diagnostik als Wertschätzung und freuten sich über die Entwicklung ihrer Kinder. Ihre Spielfeinfähigkeit stieg an, wenn die Belastungen in der Familie nicht zu hoch waren. Ihr Bedürfnis nach Zugehörigkeit wuchs, während ihre Isolationstendenzen abnahmen.

Wir begleiten Eltern, um mit ihnen eine hoffnungsvolle Perspektive zu erarbeiten, die ihr Leben mit kleinen Kindern lebenswert erscheinen lässt. Die Entdeckung ihrer intuitiven Kompetenzen ermutigt sie, Hilfen für sich und ihr Baby zu nutzen.

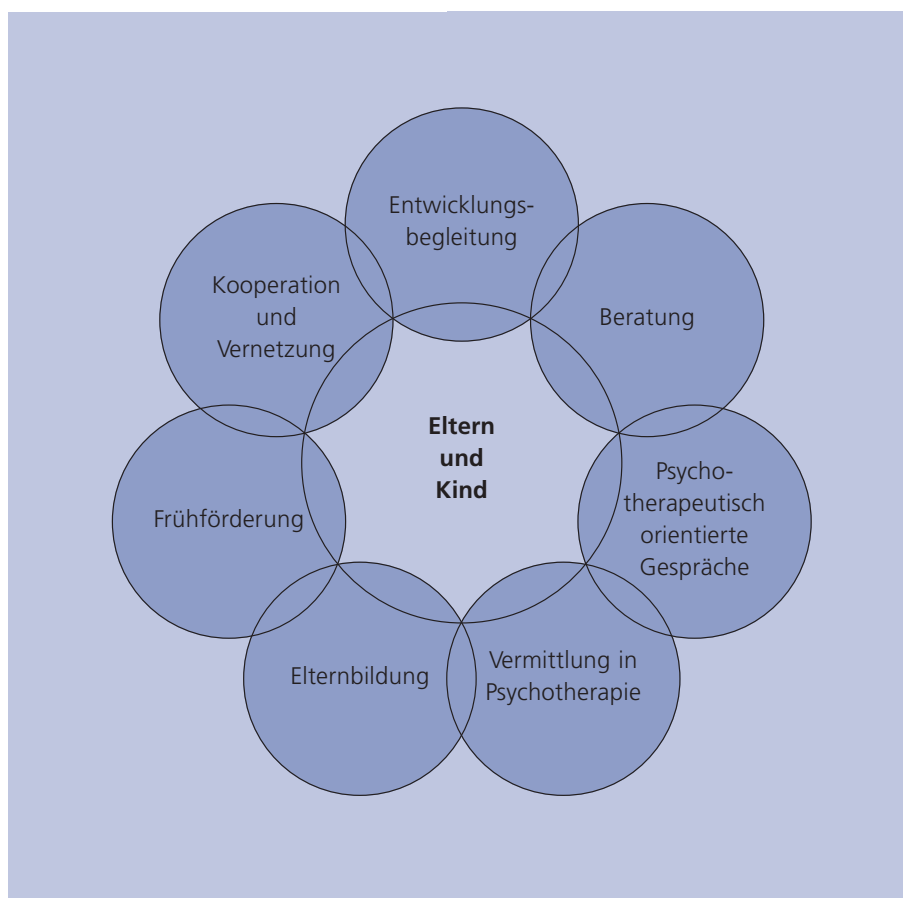
Wir beraten Eltern, die sich sehr unsicher mit ihrem Baby fühlen, oder bieten frühe Hilfen bei Regulationsstörungen wie exzessives Schreien, Schlaf- und Fütterstörungen (Papoušek et al., 2004) an. Bei psychosozial sehr belasteten Eltern ist es wichtig, Eltern die Gelegenheit zu geben, in sich ein positives Bild vom Kind lebendig werden zu lassen und ihr Verständnis über die Bedeutung ihrer Beziehung zum Kind zu erweitern. Eltern, die bereits aus ihrer Kindheitsgeschichte ein »schlechtes« Bild von sich selbst mitbringen und die wenig Verständnis für ihre Entwicklung erfahren haben, brauchen mehr Zeit und Raum, ihre Gedanken und ihre Gefühle zum Kind auszudrücken. Dies kann sehr anrührend sein. Fast immer ist der Wunsch vorhanden, dass die Kinder es besser als sie selbst haben sollen – auch wenn andere Bedürfnisse und Ängste dagegen stehen.

Mit unserer Unterstützung zur spielerischen Ansprache des Kindes, beim Füttern und Wickeln oder über die Babymassage erhalten sie die Gelegenheit, feinfühlig Interaktionen zu üben und sichere Beziehungs- und Bindungsmuster zu entwickeln. Die video-gestützte Interaktionsdiagnostik bietet gute Möglichkeiten, Einstellung und Verhalten gegenüber dem Kind zu verändern. Strukturierungshilfen im Alltag

unterstützen einen kindangemessenen Rhythmus und tragen zur Beruhigung des Kindes und zur Entspannung der Eltern bei.

Psychotherapeutisch orientierte Gespräche führen wir vor allem mit Müttern, die als Kinder Gewalt und Schmerz erfahren haben und die mit ihrer Familie in einer Außenseiterposition leben. Für sie sind wir eine Anlaufstelle geworden, wo sie sich öffnen können, um über ihre Entwertungs- und Gewalterfahrungen zu sprechen. Die Beraterin kann zu einem »Behälter« für deren gegensätzliche Gefühle und oft schmerzlichen Erfahrungen werden. Heftige Enttäuschungs- und Wutgefühle auf die eigenen Eltern, Pflegefamilien, das Amt, den Partner oder auf das Kind, das nicht so funktioniert, wie die Mutter es will, brechen in der Begegnung häufig impulsiv auf. Aber auch Angst und eine tiefe Sehnsucht nach einer harmonischen Beziehung sind spürbar. Das Hin- und Herpendeln zwischen Ärger, Misstrauen, Resignation und Sehnsucht macht die Zusammenarbeit

Abbildung 1:
Übergänge im Arbeitsspektrum der
Frühberatungsstelle in Bremen-Hemelingen



schwer, aber auch »notwendig«. Wir versuchen, dass die Mütter einen Zugang zu ihren Gefühlen finden und darüber sprechen, statt sie destruktiv auszuagieren. Dabei versuchen wir, ein positives Bild vom Kind für die Mutter festzuhalten. Es ist schwer, diese oftmals heftigen Wutgefühle, Entwertungen, Spaltungen, die Leugnung oder Passivität früh traumatisierter Mütter auszuhalten. Wenn dies gelingt, werden sie ruhiger und fangen an, zusammenhängender über sich zu sprechen. Damit verändert sich auch etwas in der Mutter-Kind-Beziehung. Das Kind reagiert entlastet und kann sich eher von der Mutter als getrennt erleben, wenn diese auf die Beraterin als Bindungsperson bezogen ist. Wenn das Kind spüren kann, dass der innere Druck der Mutter oder ihr bedrohliches Schweigen oder Schimpfen nachlässt, reagiert es selbst weniger unruhig, sondern beobachtet aufmerksam, was passiert, und beginnt aktiver zu spielen. Hierauf lenken wir die Aufmerksamkeit der Mütter. Einige können dies als ein Erfolgserlebnis werten und freuen sich darüber, dass auch ihr Kind »spielen kann« und sie Entwicklungsfortschritte erkennen.

Wer kommt zu uns?

Wenn im weiteren Verlauf von Eltern gesprochen wird, so sind damit hauptsächlich die Mütter gemeint, die unsere Beratungsstelle öfter aufsuchen als die Väter. Väter aus Hochrisikofamilien mit Gewaltproblemen erreichen wir nicht oder seltener. Warum?

Ich habe zu dieser Frage einige Väter und Mütter angesprochen. Die Antworten der Männer waren: »Für Erziehung ist die Frau zuständig.« – »Hier geht es um Kinderschutz, das schreckt ab.« – »So leicht gibt man seine Probleme nicht preis.« Die Frauen äußerten sich teilweise sehr persönlich: »Man erzählt nicht gerne als Mann, dass man seine Frau geschlagen hat, es sei denn, er will sich verändern.« – »Man schämt sich für seine Taten.« – »Es ist schwer, sich zu verändern, für einen Mann noch schwerer.« – »Männern haben keinen Elan, sich zu verändern.« – »Es macht Angst, auf Aggression zu verzichten.« – »Es ist Neuland, sich selbst zu verändern, das macht Angst, für einen Mann noch mehr.« Insgesamt hat die Nachfrage an Beratung auch bei den Vätern zugenommen oder sie nehmen unseren Vorschlag an, gemeinsam mit der Mutter und ihrem Kind zu uns zu kommen.

Bei vielen Eltern hat sich herumgesprochen, dass sie recht schnell Hilfe bei uns erhalten, wenn sie Schwierigkeiten haben, ihr Baby zu beruhigen, wenn ihr Kind sich trotzig oder anders als erwartet verhält oder Mütter sich am Ende ihrer Kräfte fühlen, vor allem wenn sie Probleme in der Partnerschaft oder ihrer Familie haben. Der Wunsch nach einer harmonischen Beziehung mit dem Baby oder nach Entlastung bei Stress- und Risikozeichen in der Eltern-Kind-Beziehung führt Eltern zu uns. Vor allem Mütter mit Babys und Kleinkindern wenden sich an uns, um einen entspannten Rhythmus mit ihrem Kind zu finden, es angemessen beruhigen und »führen« zu können. Oder sie suchen Kontakt zu einer Eltern-Baby-Gruppe, eine Einzel-, Paar- oder Familienberatung oder möchten sich über die Entwicklung ihres Kindes informieren.

Die im Haus der Familie eingerichtete Elternschule bietet eine wichtige Ergänzung.

Die Mannheimer Längsschnittstudie zeigt, dass gelungene Mutter-Kind-Interaktionen protektiv wirken und die Entstehung von Entwicklungsstörungen verhindern können. Auffälligkeiten in der frühen Mutter-Kind-Beziehung sind ein Risikofaktor für die sozial-emotionale Entwicklung, aber auch die kognitive Entwicklung des Kindes. Auch die seelische Gesundheit der Mutter ist von der Qualität der Mutter-Kind-Beziehung abhängig (Laucht et al., 2000). Psycho-sozial belastete Familien zeigen oftmals eine Häufung von Risikofaktoren, die die Interaktionen beeinflussen und eine gesunde Entwicklung des Kindes gefährden.

Risikomerkmale

Zu den Hauptrisikofaktoren unserer schwer erreichbaren Eltern gehören Bagatellisierung oder Verleugnung von Selbstgefährdung oder Gefährdungen ihrer Kinder. Wenn eine Mutter oder beide Eltern ihre Sucht (z. B. Drogenmissbrauch) herunterspielen oder wenn Mütter es zulassen, dass ihre Partner sie immer wieder misshandeln oder sie sich erpressen lassen, ihre Sozialhilfe oder das Erziehungsgeld zu missbrauchen, ist auch die Entwicklung der kleinen Kinder gefährdet. Viele unserer Mütter aus Multiproblemfamilien zeigen psychosomatische Erkrankungen wie Fett- und Magersucht, Migräne und andere Stresssymptome. Diese korrespondieren häufig mit Unruhe, Unaufmerksamkeit und schlechtem körperlichem Zustand der kleinen Kinder, was wiederum die bereits unsichere Eltern-Kind-Beziehung belastet.

Traumatische Kindheitsbelastungen der Eltern sind ein Risiko mit oftmals schwerwiegenden Folgen für die Kinder. Eine Mutter, die in ihrer Kindheit wiederholt geängstigt oder verletzt worden ist und die keine ausreichende Fürsorge und zu wenig Schutz erfahren hat, wird eher selbst versuchen, sich irgendwie Trost und Erleichterung zu verschaffen, als sich erwartungsvoll an jemanden zu wenden. Sie fürchtet die Nähe und vermeidet, sich zu binden. Dies bekommen auch ihre Kinder zu spüren. Sie müssen auf körperliche Nähe und die damit verbundene Beruhigung ihrer Bindungsbedürfnisse verzichten und bleiben allein mit ihren Gefühlen und Gedanken (Brisch, 2003). Mal klammert sich die Mutter an ihr Kind, mal stößt sie es weg und vernachlässigt seine Bedürfnisse, wie sie selbst

vernachlässigt oder misshandelt worden ist. Oftmals wiederholen sich die Enttäuschungen früherer Bindungswünsche in unsicheren Partnerschaften. Die Angst der Mutter, wieder alleine gelassen, misshandelt zu werden oder »unterzugehen«, wirkt auch auf ihre Kinder. Sie entwickeln selbst ein unsicheres, ambivalentes Bindungsverhalten. Sie werden die Bilder oft nicht mehr los, wie sich die Mutter hat schlagen oder vergewaltigen lassen. Frau X: »Zuerst hatte ich immer Angst, wenn meine Mutter geschlagen wurde. Wenn ich Theater machte, hat sie mich geschlagen. Trotzdem wollte ich ihr helfen. Dann habe ich Hass gekriegt. Ich konnte ihr nicht helfen und einer ihrer Partner wollte auch an mich heran. In der Schule ging alles schief. Ich hatte keinen Bock mehr und bin abgehauen. Jetzt dachte ich, sie könnte sich über mein Kind freuen. Wieder Pech gehabt. Wenn ich kein Kind hätte, käme ich nicht hierher. Alle sollen es jetzt wissen, was für eine Mutter ich habe.« Diese junge Mutter lässt sich jetzt finanziell vom Vater ihres Kindes ausbeuten. In ihrer Enttäuschung und Wut hat sie ihr Kind geschlagen. Sie möchte nun aus diesem Teufelskreis der Weitergabe eigener Gewalterfahrungen heraus.

Eine Mutter, die sich selbst nicht genügend schützen kann und die unter Angstspannungen lebt, gefährdet den Schutz ihres Kindes, sie verliert auch den Entwicklungsfaden für sich und ihr Kind. Ihr Kind erhält unbewusst die Bedeutung eines »Bindemittels« und es soll für Spannungsausgleich der Mutter sorgen. Die Angst vor einer Wegnahme ihres Kindes enthält auch die Angst, dann als Mutter wieder ein verlassenes »Nichts« zu sein.

Es gibt typische Reaktionsmuster, die sich nach frühkindlicher Traumatisierung zur Bewältigung entwickeln, wenn ein Mensch mit seiner psychischen und biologischen Bewältigungskapazität überfordert ist und keine fürsorgliche Unterstützung erfährt. Hierzu gehören unbewusste Wiederholungen der dem Trauma ähnlichen Situationen, Betäubung und Dissoziation, Schutz- und Abwehrmechanismen von Kampf und Flucht sowie Opfer-Täter-Reflexe, die dem Wunsch nach Veränderung und Bewältigung entgegenstehen.

Lang anhaltende Arbeitslosigkeit ist ein weiterer Risikofaktor. Er verändert das Zeitempfinden, die Haltung, die Hoffnung und die Widerstandskraft. Wenn die Arbeit als Strukturelement fehlt, gerät in vielen Familien »die Zeit aus den Fugen«. Auch dies ist ein Stressfaktor und hat Auswirkungen auf das psychische Empfinden, die persönlichen Beziehungen, die Planung und gemeinsame Absprachen. Lang anhaltender Verlust der Arbeit und Perspektivlosigkeit der Eltern fallen wie ein Schatten auf die Entwicklung der Kinder.

Gratwanderungen in der präventiven Arbeit mit psychosozial belasteten Müttern und ihren Babys

Eltern, die selbst als Kinder vernachlässigt, missbraucht oder misshandelt worden sind, haben unter diesen Deprivationsbedingungen Schutz- und Abwehrreaktionen entwickelt, um ihre Angst und ihre Beziehungen zur Umwelt zu regulieren. Spaltungen in »gut und böse«, Verleugnung, Projektion, Regression und Somatisierung wirken wie Schutzmechanismen, erschweren jedoch auch die Zusammenarbeit. Hinzu kommt, dass psychosozial belastete Familien meist mehrere Probleme gleichzeitig haben und dadurch unter einem enormen Druck stehen.

Stoléru und Morales-Huet (1994) beschreiben in ihrer präventiven und therapeutischen Arbeit mit Multiproblemfamilien mit Säuglingen und Kleinkindern einen frühen unbewussten Abwehrmechanismus des vermeintlichen Angriffs auf eine Beziehung als Reaktion auf in der Kindheit der Eltern erlittene Frustrationserlebnisse oder Traumatisierungen. Ein solcher Angriff kann sich in Aggressionen gegen die Beziehungsangebote der HelferInnen oder TherapeutInnen zeigen und kann in seiner Übertragung als gegen die Mutter oder eine andere primäre Bezugsperson gerichtet verstanden werden. Nichterscheinen, Unpünktlichkeit, Absagen von Terminen und eine spürbare Feindseligkeit greifen die Beziehung zwischen KlientIn und HelferIn an. Sie schützen das Individuum aber auch vor einem unbewusst erwarteten Angriff, vor dem es als Kind Angst hatte und sich noch nicht schützen konnte.

Diese frühe Angstabwehrdynamik trägt wesentlich dazu bei, sich sozial zu isolieren.

Durch den Verlust sozialer Anerkennung verstärken sich Stressverhalten, Scham-, Minderwertigkeits- und Schuldgefühle. Auch Neid auf die, die es besser haben, oder Konkurrenzgefühle gegenüber dem eigenen Kind, das sich traut, seine Bedürfnisse zu äußern, spielen eine Rolle. Wegen der emotionalen Abhängigkeit von einem Partner und der Verstrickungen mit der Herkunftsfamilie werden auch die intuitiven Kompetenzen der Eltern immer mehr verschüttet. Nicht selten herrscht in den schwer erreichbaren Familien eine Spannung wie in einem Dampfkessel. Sie wird in konflikthaften und gewalttätigen Paar- und Eltern-Kind-Beziehungen ausagiert, unter denen nach unseren Erfahrungen besonders die Mütter und ihre Kinder leiden.

Wie gehen wir damit um, wenn das Kind, andere Bezugspersonen oder wir als HelferInnen in einen Strudel von Spaltungen, Projektionen und Negativ-Zuschreibungen der Eltern geraten und deren Frustrationstoleranz sehr niedrig ist?

Ohne das Verstehen der oft heftigen Abwehr- und Übertragungsprozesse kommen wir in der Arbeit mit Multiproblemfamilien nicht weiter. Aber wir können sie auch nicht auflösen. Hierzu bedarf es einer längerfristigen Therapie, zu der die Eltern schwer einen Zugang finden, weil sie ihre Not zunächst an der äußeren Realität wie zum Beispiel Schulden, kleiner Wohnung, Arbeitslosigkeit festmachen. Aber wir können in der Beratung dazu beitragen, die Angstabwehr nicht zu verstärken, sondern den Prozess darauf lenken, was sie in der Beziehung mit ihrem Partner und ihrem Kind erleben und verändern können. Die Erfahrung der Eltern, dass wir ihre heftigen Gefühle und Abwehrreaktionen aushalten, kann eine neue Verbindung schaffen. Sie zeigt sich darin, dass ein großer Teil unserer psychosozial belasteten Mütter pünktlich und regelmäßig zu den verabredeten Terminen kommt und sie längerfristig unsere Hilfe suchen, um für ihre eigene soziale Sicherheit und die ihrer Kinder besser zu sorgen. Dominieren jedoch die äußeren und inneren Belastungen einer Mutter, ist eine fein-

fühlig und stabile Hinwendung zum Kind gefährdet. Nicht selten setzt sich dann die Geschichte einer traumatisierten Kindheit der Mutter in den Kindern fort. Eine schwer traumatisierte Mutter ist meist nur sehr begrenzt in der Lage, ihrem Kind einen geschützten Raum für seine Entwicklung zu bieten. Sie braucht für sich und ihr Kind ein tragfähiges Netzwerk, in dem die Autonomieentwicklung des Kindes und ihre eigene gestärkt wird. Im Einzelfall ist dann zu klären, ob ambulant eine interdisziplinäre Vernetzung medizinischer, einzeltherapeutischer und sozialpädagogischer Hilfen oder eine stationäre Mutter-Kind-Therapie notwendig ist (Lüders & Deneke, 2001). Lernt die Mutter, sich sicheren Bindungspersonen anzuvertrauen und sich und ihren Kindern helfen zu lassen, können sich die Qualität der Mutter-Kind-Beziehung und die Entwicklung des Kindes verbessern. Aber für Mütter mit schweren Persönlichkeitsstörungen sind die Hürden hoch, Vertrauen zu anderen Menschen aufzubauen und noch höher, den Weg in eine Psychotherapie zu finden. Wir sehen jedoch in unserer praktischen Arbeit, dass es gelingen kann, einzelne Mütter erfolgreich zur Psychotherapie zu motivieren. Sie konnten dadurch die Signale ihres Kindes besser wahrnehmen und feinfühlicher mit ihm umgehen.

Leider sind jedoch die Möglichkeiten gering, für sie ambulant oder stationär einen Therapieplatz zu bekommen.

Was hilft?

Bei unseren Beratungen von Müttern, deren Kinder dem Risiko der Vernachlässigung, des Missbrauchs und der Misshandlung ausgesetzt sind, steht immer die Angst vor der Wegnahme des Kindes im Vordergrund – mehr als die möglichen Verletzungen oder Vernachlässigungen des Kindes und der Mutter. Diese Angst nehmen wir auf und versuchen, sie zur Lebensgeschichte der Mutter, ihren Trennungs- und Verlusterfahrungen und ihrer Angst vor Alleinsein in Beziehung zu setzen, um sie zu motivieren, ihre aktuelle Lebenssituation mit ausreichend Halt und Schutz für ihr Kind zu verbessern. In Kooperation mit dem Haus der Familie versuchen wir aufzuspüren, was der Mutter gut tut und

was sie gut kann, um ihr Selbstwertgefühl zu stärken und kindbezogene Aktivitäten zu fördern. Wir gehen immer von einer Stabilisierung der Mutter-Kind-Beziehung aus und versuchen, die Wahrnehmung auf die Bedürfnisse des kleinen Kindes zu lenken. Das Benennen der Risiko- und Schutzfaktoren in Verbindung mit der Unterstützung der Eltern, ihre Entwicklungsaufgaben in kleinen Schritten umzusetzen, kann entlasten und einen neuen Weg unterstützen mit klareren Vorstellungen für sich selbst und zum Gedeihen ihres Kindes. Wichtig dabei ist, dass Eltern selbst das Bedürfnis entwickeln, ihr Kind besser verstehen zu wollen und sie spüren, dass sie Kommunikation und Umgang mit ihrem Kind positiv verändern können. Wenn die Möglichkeiten feinfühlicher Kommunikation mit dem Kind durch die psychosozialen Belastungen der Eltern so sehr eingeschränkt sind, dass ein entspanntes Zusammensein mit dem Kind und ein Ich stärken des Verhalten nicht erreicht wird, hat Beratung ihre Grenzen. Es ist dann zu klären, ob Mutter und Kind eine intensivere Begleitung brauchen in Verbindung mit Psychotherapie für die Mutter oder ob zum Beispiel eine Mutter-Kind-Psychotherapie indiziert ist.

Diese Überlegungen machen besonders deutlich, dass ein interdisziplinäres Netzwerk in der Arbeit mit Multiproblemfamilien hilfreich und notwendig ist, um die Lebenssituation ihrer Säuglinge und Kleinkinder zu verbessern. Für den Hilfeplan ist gemeinsam eine Entscheidung abzuwägen, welche Risikofaktoren für das Kind noch tolerierbar sind und wie Schutz und Entwicklungsförderung für das Kind und seine Familie realisiert werden können. Hierzu gehört auch eine therapeutische Hilfe für die Eltern, die niedrigschwellig erreichbar sein muss.

Unsere Erfahrungen zeigen, dass die Unterstützung für Eltern mit hohen psychosozialen Belastungen dann wirksam sein kann, wenn sie

- einen inneren Zugang zu professioneller Hilfe für sich und ihr Kind finden,
- für ihre soziale Sicherheit in Kooperation mit professionellen HelferInnen und anderen Eltern (Aspekt der Selbsthilfe, z. B. in Müttergruppen) sorgen,
- wahrnehmen, was das Kind tut, erlebt und fühlt und dies auch sprachlich benennen;

- die Autonomieentwicklung des Kindes unterstützen,
- Entwicklungsvorstellungen konkretisieren und Projektionen auf das Kind erkennen und reflektieren,
- aus dem Chaos und den Verstrickungen in der Familie herausfinden und sie ein förderndes Zusammenleben mit ihren Kindern organisieren,
- schließlich im Zusammenwirken von sozialer Unterstützung, Frühförderung, Elternbildung und Entwicklungsberatung korrigierende, positive Erfahrungen machen und mehr Freude am Kind entwickeln.

Dabei ist die Bereitschaft, auf die Eltern zuzugehen und ihnen Erfahrungen der »Entstressung« und des »holding« zu ermöglichen, eine wichtige Voraussetzung für die Zusammenarbeit mit traumatisierten und sehr unsicher gebundenen Eltern. Kinder und Eltern sind auf einen Erfahrungsraum angewiesen, wo sie ihre Gefühle und inneren Spannungen ansprechen können und lernen auszuhalten, wo sie aber auch Kreativität und neue Initiativen entwickeln. Bei frühen, wiederholten Traumatisierungen ist eine supportive Haltung hilfreich, die auf Entwicklungsförderung, Ressourcenentwicklung und Nachreifung hinarbeitet (Naumann-Lenzen, 2003).

Beispiel einer gelungenen Beratung: Als Frau Z. mit ihrem zehn Monate alten Baby zu uns kam, war es auffallend schweigsam. Es suchte und hielt keinen Blickkontakt, zeigte fast immer ein Lächeln, das sich bei längerer Beobachtung eher als abwehrendes Grinsen erwies. Mich beunruhigte die Blickvermeidung, die fehlende Vokalisation des Kindes und die Schweigsamkeit und die Gehemmtheit der Mutter. Sie empfand ihr Baby als pflegeleicht. Als ich fragte, woran sie dies merke, sagte sie: »Gott sei Dank hat es kaum geweint, war zufrieden in seinem Laufstall ... es hat nicht gemerkt, wenn wir (Vater und Mutter) nebenan in der Küche gekifft haben.« Nach und nach stellte sich heraus, dass beide Eltern fast immer mit Cannabis vollgedröhnt waren – und ihr Baby fast immer im Laufstall war. Dort hat es gelernt, sich allein zu regulieren und auf die liebevolle Zuwendung seiner Eltern zu verzichten. Nur zum Füttern und Wickeln wurde es herausgenommen.

Die Beziehung zwischen Mutter und Kind schien eingefroren. Es gab kaum eine Blickkontaktaufnahme, kein soziales Lächeln, keine positive Erregung, kein Entgegenstrecken der Ärmchen, kaum orales oder manuelles Untersuchen von Spielsachen. Das Baby suchte nicht die Nähe der Mutter, auch nicht zu uns, sondern vermied Blickzuwendung, Lächeln und motorisches Näherkommen. Selma Fraiberg beschreibt die Vermeidung und das Erstarren als frühe pathologische Schutz- und Abwehrformen des Kindes gegen Hilflosigkeit und Angst (2003). Das Kind unserer Klientin zeigte mit einem Jahr gute motorische Fähigkeiten, strebte von der Mutter fort und war in auffälliger Weise unverbunden mit der Mutter. Auch für uns war es sehr schwer, das Kind zu erreichen. Wenn es sich wehtat, suchte es nicht aktiv nach Beschützung und Trost. Wir sprachen die Kindeswohlgefährdung an und die Notwendigkeit der Suchtbehandlung. Die Mutter beunruhigte die mögliche Wegnahme ihres Kindes und sie schaffte es nach ein paar Monaten, auf ihre Drogen zu verzichten. Noch fällt es ihr schwer, mit dem Kind spielerisch zu kommunizieren, aber sie nimmt alle Hilfen der Frühförderung an und versucht, sie umzusetzen. Inzwischen bagatellisiert sie ihr Suchtverhalten nicht mehr und erkennt das Vermeidungsverhalten ihres Kindes als Folge ihrer Abwendung. Schmerzliche Gefühle wurden darüber wach, dass sich ihr Kind ihr nicht zuwendet, nicht hört und immer wieder wegläuft. Nach der von uns eingeleiteten mehrmonatigen Mutter-Kind-Therapie zeigen Mutter und Kind inzwischen mehr Bezogenheit aufeinander, die Mutter ist aktiver geworden, kann zärtlich mit ihrem Kind sein und spricht mehr mit ihm. Die Anzeichen einer frühen Bindungsstörung des Kindes sind noch nicht behoben. Aber die Mutter ist nicht mehr rückfällig geworden und setzt sich mit ihren traumatischen Kindheitsbelastungen auseinander. Demnächst wird sie eine ambulante Therapie beginnen. Wenn am Anfang das Kind ihr »Programm« war (Anm. d. Mutter), so entwickelt sie jetzt Zukunftsvorstellungen für sich. Sie kann sich darüber freuen, dass ihr Kind sich jetzt von ihr trösten lässt und auf sie hört.

Ausblick

Die Arbeit in der Frühberatungsstelle zeigt, dass auch traumatisierte und psychosozial mehrfach belastete Mütter mit ihrem Säugling oder Kleinkind in Überforderungssituationen frühe Hilfen für sich suchen. Dabei zeigt sich die Notwendigkeit langfristiger Begleitungsprozesse, um neue, korrigierende Erfahrungen für sich selbst und mit ihrem Kind zu machen. Besonders für Risikofamilien mit unsicheren Bindungsmustern ist ein Beziehungsangebot innerhalb der Jugendhilfe hilfreich, um ihr Vertrauen zu gewinnen und ihnen Zugang zu weiteren Hilfen und therapeutischen Leistungen zu vermitteln. Sie brauchen psychotherapeutische Hilfe, um Traumatisierungen und andere stressvolle Lebensereignisse zu verarbeiten. Sie führen nicht selten zu einem Ansteigen der Gewalt im Eltern-Kind-Verhältnis und behindern neue, konstruktive Bewältigungsstrategien.

Ergebnisse von Frühinterventionsprogrammen für Hochrisikofamilien zeigen, dass ein präventiv früh einsetzendes, längerfristiges Training feinfühler Interaktionen zwischen Eltern und Kind in Verbindung mit psychotherapeutischen Gesprächen eine sichere Bindungsbeziehung stärken kann. Sie ist ein wichtiger Schutzfaktor gegen belastende Einflüsse und eine auffällige Entwicklung des Kindes. Im Zusammenwirken von Entwicklungsbegleitung, Beratung, Frühförderung und Psychotherapie können traumatisierte Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern eher erreicht werden. Sozialtherapeutische Angebote und gute Tagesbetreuung sollten ausgebaut werden, um die Chancen der Integration von Kindern aus sozial belasteten Familien zu erhöhen. Es ist unser Ziel, eine sichere Bindung der Kinder zu fördern und eine positive Eltern-Kind-Beziehung zu stabilisieren. Vor dem Hintergrund einer belastenden Kindheitsgeschichte vieler Eltern mit Beziehungsabbrüchen, Gewalt- und Missbrauchserfahrungen kostet dies Zeit und Geduld, setzt aber vor allem auch die Bereitschaft voraus, sich diesen Eltern zuzuwenden. Sie sind ähnlich wie ein Baby oder Kleinkind von einer positiven emotionalen Gegenseitigkeit abhängig, die über ein längerfristiges Beziehungsangebot gefördert werden kann.

Danksagung

Ohne meine Kollegin in der Frühberatungsstelle und die Kolleginnen im Haus der Familie wäre die Arbeit in der Frühberatungsstelle nicht zustande gekommen. Dafür möchte ich allen herzlich danken.

Kontakt**Inge Beyersmann**

Frühberatungsstelle
Haus der Familie – Hemelingen
Hinter den Ellern 13
28309 Bremen

Telefon: 0421/498836-0

Literatur

- Beyersmann, I. (2003):
Beratung für psychosozial belastete Familien mit Säuglingen und Kleinkindern – Chancen und Grenzen interdisziplinärer Zusammenarbeit.
In: Verein für Kommunalwissenschaften e. V. (Hrsg.):
It takes two to tango. Frühe Kindheit an der Schnittstelle zwischen Jugendhilfe und Entwicklungspsychologie.
Berlin: Verein für Kommunalwissenschaften e. V., 136–152.
- Beyersmann, I. (2000):
Beratung für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern in einem sozialen Brennpunkt im Rahmen von Netzwerkstrukturen.
In: Frühförderung interdisziplinär, 19, 10–22.
- Brazelton, T. B., Cramer, B. G., (1994):
Die frühe Bindung.
Stuttgart: Klett-Cotta.
- Brisch, K. H., Hellbrügge, T. (2003):
Bindung und Trauma.
Stuttgart: Klett-Cotta.
- Fraiberg, S. (2003):
Pathologische Schutz- und Abwehrreaktionen in der frühen Kindheit.
In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 52, 560–577.
- Laucht, M., Esser, G., Schmidt, M. H. (2000):
Längsschnittforschung zur Entwicklungs-epidemiologie psychischer Störungen: Zielsetzung, Konzeption und zentrale Ergebnisse der Mannheimer Risikokinderstudie.
In: Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 29, 246–262.
- Lüders, B., Deneke, C. (2001):
Präventive Arbeit mit Müttern und ihren Babys im tagesklinischen Setting.
In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 50, 552–559.
- Naumann-Lenzen, M. (2003):
Frühe, wiederholte Traumatisierung, Bindungsdesorganisation und Entwicklungspsychopathologie.
In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 52, 595–619.
- Papoušek, M., Schieche, M., Wurmser, H. (2004):
Regulationsstörungen in der frühen Kindheit.
Bern: Huber.
- Stoléru, S., Morales-Huet, M. (1994):
Prävention bei subproletarischen Familien.
In: Psyche, 48, 1123–1153.

Frühförderprogramm**»Schritt für Schritt – opstapje«**

»Bei »Schritt für Schritt – opstapje« handelt es sich um ein zweijähriges, präventiv orientiertes Frühförderprogramm für Kinder vom 2. bis 4. Lebensjahr aus Familien in belasteten Lebenslagen und –situationen, welches als Hausbesuchsprogramm organisiert ist. Mit dieser »Gehstruktur« sollen Familien in der Erziehung ihrer Kinder unterstützt werden, welche durch die üblichen »Kommstrukturen« der Erziehungs- und Familienhilfe schlecht oder nicht erreicht werden. Die generelle konzeptionelle Orientierung des Programms zielt in Richtung »Empowerment«, als Nutzung und Erweiterung vorhandener Ressourcen, sowie Stärkung der Eigenverantwortung der Familie. Dreh- und Angelpunkt des Programms ist die Verbesserung und Intensivierung der Mutter- bzw. Vater-Kind-Interaktion.«
Die Fortführung des Artikels lesen Sie in den *IKK-Nachrichten 2/2001*.

Weitere Informationen:

Alexandra Sann

Diplom-Psychologin

Deutsches Jugendinstitut e. V.
Nockherstraße 2
81541 München

Telefon: 089/62306-323

E-Mail: sann@dji.de

Internet: www.dji.de/opstapje

Exzessives Schreien in den ersten Lebensmonaten und seine Behandlung in der »Münchner Sprechstunde für Schreibabys«

Einführung

Das exzessive Schreien eines Säuglings in den ersten Lebensmonaten stellt für die betroffenen Eltern eine massive Belastung und Verunsicherung dar. In der vorsprachlichen Kommunikation gelten Quengeln, Weinen und Schreien als lebensnotwendige Signale, mit welchen der Säugling seine Befindlichkeit ausdrückt. Welche Ursachen hat es aber, wenn ein Baby trotz Befriedigung seiner Bedürfnisse weiterschreit? Welche Folgen hat das exzessive Säuglingsschreien für die gesamte Familie? Aufgrund der klinischen Erfahrung in der »Sprechstunde für Schreibabys« im Kinderzentrum München sowie der begleitenden wissenschaftlichen Evaluation wird deutlich, dass das exzessive Schreien eine Gefährdung für die Entwicklung einer gesunden Eltern-Kind-Beziehung darstellt und in Einzelfällen zu Vernachlässigung und Misshandlung führen kann.

Symptomatik

Für wissenschaftliche Untersuchungen wird laut internationaler Übereinkunft für die Abgrenzung von normalem und exzessivem Schreien die »Dreier-Regel« von Wessel (1954) herangezogen. Wessel beschrieb den exzessiv schreienden Säugling als »ein ansonsten gesundes, wohlgenährtes Baby mit Anfällen von Irritabilität, Quengeln oder Schreien von mehr als drei Stunden am Tag, an mehr als drei Tagen der Woche seit mehr als drei Wochen«.

Für die klinische Diagnostik reicht ein allein an Schrei- und Quengeldauer ausgerichteter Kriterium nicht aus.

Es handelt sich um ein äußerst komplexes Erscheinungsbild, mit Auffälligkeiten auf kindlicher, elterlicher sowie interaktioneller Ebene.

Kernsymptome beim Kind sind unstillbares Schreien ohne erkennbaren Grund und lange Phasen unerklärlicher Unruhe und Quengeln. Mit normalen Beruhigungsstrategien lassen sich die

Babys nicht beruhigen. Herumtragen, meist mit immer wieder wechselnden Positionen, führt höchstens zu kurzfristiger Beruhigung. Viele der Babys sind auffallend empfänglich für visuelle Stimuli; sie nehmen mit weit aufgerissenen Augen ihre Umgebung auf und können nicht abschalten. Die Eltern »lernen« von ihren Babys, dass sie ihnen ständig etwas Neues bieten müssen, da sich Unruhe und Schreien durch intensive ständig wechselnde Stimulation kurzfristig unterbrechen lassen. Dabei tritt jedoch keine echte Beruhigung ein, sodass die Babys erneut zu schreien beginnen, sobald die Stimulation abklingt. Tagsüber finden die Babys kaum und zumeist nur kurz in den Schlaf, sie scheinen dagegen anzukämpfen. Am Spätnachmittag und Abend nehmen Unruhe und Schreien deutlich zu, bis die Kinder meist gegen Mitternacht in einen relativ ruhigen Nachtschlaf fallen.

Die Mütter exzessiv schreiender Säuglinge sind in der Regel rund um die Uhr im Einsatz, um ihr Baby zufrieden zu stellen. Dennoch scheint ihnen ihr Baby durch die ständige Unruhe und das Quengeln zu bescheinigen, dass sie versagen. Hinzu kommt, dass sich ein Teil der exzessiv schreienden Säuglinge nicht anschmiegt, sondern wegdrückt, als wehre es die Nähe der Mutter ab. Neben Hilflosigkeit, Erschöpfung und Verzweiflung entstehen bei vielen Eltern unter dem alarmierenden Einfluss des Schreiens und der erlebten Ohnmacht auch Wut, Aggressionen und ablehnende Einstellungen gegenüber dem Kind, über die die Eltern selbst erschrecken und die sie in ihrem Selbstwertgefühl erschüttern (Papoušek & Hofacker, 1995; St. James-Roberts et al., 1995). In der Regel – sofern nicht schwerwiegende psychosoziale und biografische Belastungen vorliegen – gelingt es den Eltern, die aggressiven Fantasien und Impulse unter Kontrolle zu halten, sodass es nicht zu einer Misshandlung des Kindes oder einer Vernachlässigung seiner basalen Bedürfnisse kommt.

Diagnose

Als Bezeichnung des komplexen Erscheinungsbildes mit Auffälligkeiten auf kindlicher, elterlicher und interaktioneller Ebene wird der Begriff *frühkindliche Regulationsstörung mit exzessivem Schreien* verwendet. Von *persistierendem exzessivem Schreien* spricht man, wenn das Schreien über die ersten drei Lebensmonate anhält (Papoušek & Hofacker, 1995).

Aus systemischer Sicht kann das Baby mit seinen Regulationsproblemen nicht isoliert betrachtet werden, ebenso wenig wie die überforderte Mutter, die es nicht mehr schafft, ihr Baby zu beruhigen. Präziser ist der Begriff der *diagnostischen Trias*, der neben der kindlichen Seite mit unstillbarem Schreien und Problemen der Schlaf-Wach-Regulation sowohl die elterliche Seite mit Erschöpfung und psychosozialen Belastungen als auch das häufige Versagen und Eskalieren der Interaktion mit einschließt (Papoušek, 2004).

Prävalenz

Die Prävalenz von exzessivem Schreien im ersten Trimenon wird in repräsentativen Stichproben für unterschiedliche westliche Industrieländer zwischen 16 und 29 Prozent angegeben (Lehtonen, 1994; St. James-Roberts & Halil, 1991). Die Differenzen stehen vor allem mit Unterschieden von Abgrenzungskriterien, Erhebungsinstrumenten und Zeitpunkt der Datenerhebung in Zusammenhang. Die bisher einzige retrospektive epidemiologische Untersuchung in Deutschland ergab eine Prävalenz von 21 Prozent (exzessives Schreien im ersten Trimenon). 8,3 Prozent der Mütter gaben zusätzlich an, dass das exzessive Schreien über den dritten Lebensmonat persistierte; d.h. bei fast 40 Prozent der exzessiv schreienden Säuglinge (Wurmser et al., 2001).

Obwohl allgemein angenommen wird, dass Erstgeborene und männliche Neugeborene vermehrt Schreiprobleme aufweisen, konnte dies in zwei großen Studien nicht nachgewiesen werden

(Lehtonen, 1994; St. James-Roberts & Halil, 1991). Es findet sich jedoch eine Häufung unter Geschwistern und Zwillingen, was auf genetische und Umweltfaktoren hinweisen kann. Alter der Mutter, elterliche Bildung und sozio-ökonomischer Status haben den meisten Studien zufolge keinen Einfluss (Lehtonen, 1994).

Ursachen und Bedingungsfaktoren

Unter den Bedingungsfaktoren von exzessivem Schreien finden sich immer wieder auch pädiatrische und neuro-pädiatrische Störungen oder Erkrankungen¹; sie können die alleinige Ursache sein, sind jedoch häufig Teil eines komplexen Bedingungsgefüges. Bei den von kinderärztlicher Seite in die Sprechstunde überwiesenen Babys wurden in der Regel akute Erkrankungen, die mit vermehrtem Schreien einhergehen (Mittelohrentzündung, Harnwegsinfekt, Magen-Darm-Infekt, Frakturen u. a.), zuvor ausgeschlossen, wie auch eine Mangelernährung durch ein zu geringes Nahrungsangebot (Ziegler et al., 2004).

Gastroenterologische Erkrankungen (Laktoseintoleranz, Kuhmilchproteinintoleranz, gastroösophagealer Reflux) stellen in lediglich 5 Prozent aller Fälle die alleinige Ursache für exzessives Schreien dar (Lehtonen et al., 2000; Miller & Barr, 1991).

Biedermann (2000) postuliert zudem eine hypomobile Funktionsstörung der Halswirbelsäule (KISS-Syndrom) als mögliche Ursache für das exzessive Schreien. Eine generelle manualtherapeutische Behandlung aller exzessiv schreienden Kinder führt jedoch laut einer groß angelegten Doppelblindstudie nicht zu signifikanten Effekten auf das Schreiverhalten (Olafsdottir et al., 2001).

In der klinischen Gruppe der in der »Sprechstunde für Schreibabys« vorgestellten Säuglinge fällt im Vergleich zu einer Kontrollgruppe die Häufung von leichten neurologischen Auffälligkeiten (Asymmetrien, Tonusregulationsstörungen, leichte zentrale Koordinationsstörungen mit Aufrichtungsmangel und gelegentlicher hypomobiler Funktionsstörung der Wirbelsäule) auf. In der Regel besserten sich die Auffälligkeiten spontan unter angeleiteter Handlung der Eltern, Physiotherapie oder Manual-

therapie. Das viele Getragenwerden und ein Mangel an Erfahrung in Rücken- und Bauchlage auf fester Unterlage scheint zu einer leichten Verzögerung der neuromotorischen Entwicklung beizutragen, die bei entsprechenden Maßnahmen meist rasch aufgeholt wird (Ziegler et al., 2004).

Die pädiatrischen Auffälligkeiten allein reichen bei weitem nicht aus, das Syndrom des exzessiven Schreiens zu erklären. Weitere interessante Aufschlüsse ergeben sich, wenn man das Schreiverhalten aller Säuglinge in den ersten drei Monaten untersucht. In repräsentativen Stichproben gesunder Säuglinge konnte gezeigt werden, dass die Quengeldauer und Schreidauer in dieser Zeit generell hoch ist und dass im Ausmaß des täglichen Schreiens eine hohe individuelle Variabilität besteht (Barr, 1990). Die mittlere Dauer von Quengeln und Schreien steigt bis zur 6. Lebenswoche an und nimmt bis zur 12. Woche kontinuierlich ab. Diese Verlaufskurve ist eng an die postnatale Entwicklungsphase gebunden, dies konnte anhand einer Studie an Frühgeborenen gezeigt werden, bei denen der gleiche phasentypische Verlauf von Schrei- und Quengeldauer vorlag – jedoch in Bezug auf das korrigierte Alter (Barr et al., 1996).

Bei Säuglingen mit exzessivem Schreien zeigt sich ein entsprechender Verlauf der täglichen Schrei- und Quengeldauer. Das vermehrte Schreien beginnt zumeist in der 1. oder 2. Lebenswoche, es gipfelt um die 6. Woche und klingt meist am Ende des 3. Monats mit dem Einsetzen des ersten biopsychosozialen Entwicklungsschubs ab (Papoušek, 2004). Diese Säuglinge zeigen von daher Extremausprägungen der normalen individuellen Variabilität.

Das erste Trimenon ist eine Phase intensiver physiologischer Anpassungsprozesse, in welchen der Säugling in besonderem Maße auf die regulatorische Unterstützung seiner Bezugspersonen angewiesen ist (Papoušek & Papoušek, 1990). Zu den zentralen Entwicklungsthemen dieser Phase gehören die Regulation und der zyklische Wechsel von Verhaltenszuständen (aktiver Schlaf, ruhiger Schlaf, ruhig-aufmerksamer Wachzustand). Die Regulation dieser Verhaltenszustände steht wiederum in engem wechselseitigem Zusammenhang mit

dem basalen adaptiven Regulationssystem, welches bei der Aufnahme und Verarbeitung von Umweltreizen die Balance von Aktivierungs- und Beruhigungsprozessen steuert (Papoušek, 2004).

Babys mit einer gut entwickelten Selbstregulation sind schon früh fähig, einen ruhig-aufmerksamen Wachzustand aufrechtzuerhalten; sie zeigen eine ausgewogene Anregbarkeit in allen Sinnesbereichen; sie können bei Ermüdung abschalten, sich mit Saugen an den Händchen beruhigen und problemlos in den Schlaf finden. Säuglinge mit exzessivem Schreien dagegen zeigen große Probleme in ihren selbstregulatorischen Fähigkeiten; sie können sich meist nur kurz in einem ruhig-aufmerksamen Wachzustand stabilisieren; sie sind häufig überreizt, zeigen keine Selbstberuhigung, scheinen gegen das Einschlafen anzukämpfen und finden nicht in den Schlaf (Ziegler et al., 2004).

Sowohl die Untersuchungen an nicht-klinischen Stichproben exzessiv schreiender Säuglinge als auch die Ergebnisse der klinischen Stichprobe der »Sprechstunde für Schreibabys« zeigen eine mehr als eine Stunde kürzere Gesamtschlafdauer (Kirjavainen et al., 2001; St. James-Roberts et al., 1997; Schaumann, 2003).

Exzessives unstillbares Schreien auf der einen Seite und ein Mangel an Tröstbarkeit, Selbstberuhigung und Einschlaffähigkeit auf der anderen lassen sich als Ausdruck einer gestörten Balance zwischen aktivierenden und hemmenden Prozessen interpretieren. Diese erschwert sowohl die Regulation der Wachzustände als auch die Übergänge zwischen Wachen und Schlaf.

Als Ursache dieser gestörten Balance werden unterschiedliche Bedingungsfaktoren diskutiert.

Die konstitutionelle Variabilität des Neugeborenen kann genetisch bedingt oder pränatal erworben sein. In Bezug auf Temperamentsfaktoren schneiden exzessiv schreiende Säuglinge hinsichtlich fast aller Temperamentsfaktoren signifikant ungünstiger ab als ihre Altersgenossen ohne Schreiproblem (St. James-Roberts et al., 1998a; Papoušek & von Hofacker, 1995; 1998). Ein verlässlicher Rückschluss auf konstitutionelle Faktoren

¹ Erläuterungen zu den folgenden pädiatrischen Auffälligkeiten finden Sie unter anderem in Ziegler et al., 2004.

ist jedoch speziell im ersten Trimenon wegen der Konfundierung von Temperament und relativer Unreife noch nicht möglich. Entscheidend ist die Langzeitstabilität der Temperamentsmerkmale über den Reifungsschub hinaus (Wurmser, 2004).

Bei organischen prä- und perinatalen Risikofaktoren zeigen sich außer in Bezug auf vermehrtes Vorliegen von vorzeitigen Wehen (mit Tokolysebehandlung) und Nikotinabusus in der klinischen Gruppe keine weiteren Unterschiede (Papoušek & Hofacker, 1998; Ziegler et al., 2004). Dagegen liegt eine deutlich höhere Belastung von pränatalen psychosozialen Risikofaktoren vor, wie z. B. Stress, Ängste, Paarkonflikte, Depressionen, primär unerwünschte Schwangerschaft.

Diese pränatalen Belastungen stellen für die Entwicklung des Kindes in zweierlei Hinsicht ein Risiko dar, indem sie zum einen möglicherweise direkt die konstitutionellen Voraussetzungen der kindlichen Selbstregulation beeinflussen und zum anderen die Ressourcen der primären Bezugspersonen beeinträchtigen. Ein Zusammenhang zwischen pränataler psychosozialer Belastung und vermehrter Irritabilität des Neugeborenen ist in der Literatur mehrfach belegt (Mulder et al., 2002; Murray & Cooper, 1997; Rautava et al., 1993).

Die immer noch verbreitete Annahme, dass exzessives Schreien primär durch Versagen der Eltern hervorgerufen wird, kann aufgrund von Untersuchungen widerlegt werden, die zeigen, dass sich die Responsivität und Kommunikationsfähigkeit von Müttern exzessiv schreiender Säuglinge und Kontrollkindern nicht unterscheiden (St. James-Roberts et al., 1998b; Papoušek & Hofacker, 1996). Beim Beruhigen der exzessiv schreienden Säuglinge fällt jedoch meist eine dysfunktionale Eltern-Kind-Interaktion auf, erklärbar durch die wechselseitige negative Beeinflussung von Eltern und Kind.

Entwicklungsdynamisches Modell zur Entstehung und Aufrechterhaltung exzessiven Schreiens

Ein wichtiges Kennzeichen der Selbstregulation des Säuglings in den ersten Monaten ist die Abhängigkeit von der auf die Bedürfnisse des Kindes abgestimmten elterlichen regulatorischen Unterstützung.

In welchem Maße dies gelingt, entscheidet sich oft am Schreien und seinen Auswirkungen. Das Schreien ist ein Alarmsignal, das auf Seiten der sozialen Umwelt Stressreaktionen (Herzklopfen, Blutdruckanstieg, Schwitzen, psychische Erregung) auslöst, gleichzeitig aber auch intuitiv abgestimmtes Beruhigungsverhalten (Körperkontakt auf dem Arm, sanfte rhythmische Stimulation, fallende Melodien) und eine starke Motivation zur Identifikation und Behebung der Schreiursache. Als Antwort darauf schmiegt sich das Baby an, das Schreien lässt nach und das Baby kommt zur Ruhe – und mit ihm die Mutter bzw. der Vater, die sich durch die positive Rückkopplung des Babys in ihren elterlichen Kompetenzen bestärkt fühlen und mit ihrem Baby einen Moment intimer Nähe erleben, einen Moment »positiver Gegenseitigkeit«.

Das unstillbare Schreien, oft mit motorischer Unruhe, Steifmachen auf dem Arm oder zeitweise kompletter Unzugänglichkeit gekoppelt, weckt Gefühle von Versagen in der Elternrolle, verletztem Selbstwertgefühl, Ohnmacht und Depression. Kommt es zu Ohnmachtsgefühlen im Zustand von gesteigerter Erregung und Alarmierung, entwickeln sich bei fast allen Eltern Aggressionen und ohnmächtige Wut gegenüber dem eigenen Baby; Impulse, die bei den Eltern Schuldgefühle wecken und sie zunehmend verletzbarer machen. Die Intensität der geweckten Gefühle bildet schließlich auch den Nährboden für das Aufleben etwaiger latenter Konflikte mit dem Partner oder der Partnerin, den Eltern sowie für die Wiederbelebung von Erinnerungen und Affekten, Verlassensgefühlen und Verletzungen aus der eigenen Kindheit. Problematisch werden die Auswirkungen besonders dann, wenn durch Verunsicherung, Depression und Erschöpfung die elterlichen Kompetenzen nachhaltig gehemmt werden. Dies hat zur Folge, dass das ohnehin dysregulierte

Baby die intuitive Unterstützung der Eltern entbehren muss. Es kommt zunächst im Kontext des Beruhigens, zunehmend aber auch in anderen Alltagskontexten zu dysfunktionalen Interaktionsmustern, die durch negative gegenseitige Beeinflussung aufrechterhalten werden oder in Teufelskreise wechselseitiger Eskalation münden.

Teufelskreise negativer Gegenseitigkeit entstehen insbesondere unter dem Einfluss kumulativer elterlicher psychosozialer Belastung. In der klinischen Stichprobe der »Ambulanz für Schreibabys« fanden sich postpartal gehäuft manifeste Paarkonflikte, Konflikte mit der Herkunftsfamilie, belastete Kindheit und soziale Isolation der Mütter. Bei 96 Prozent aller Mütter lag ein Erschöpfungs- und Überlastungssyndrom, bei 33,5 Prozent eine Wochenbettsdepression vor. Bei weiteren 16,5 Prozent fanden sich Anzeichen einer neurotischen Beziehungsstörung, bei 6,4 Prozent Persönlichkeitsstörungen (Ziegler et al., 2004).

Siehe Abbildungen auf Seite 43.

Mögliche Gefährdungen von Schreibabys

Eltern sind auf Grund der schwierigen Bedingungen, die der regulationsgestörte Säugling mit sich bringt, deutlich mehr und intensiver belastet als Eltern regulierter Säuglinge. Ein regulationsgestörtes Baby stellt somit viel höhere Anforderungen an die natürliche Erziehungskompetenz. Je nach eigener Biografie (Misshandlungs-/Vernachlässigungserfahrungen in der eigenen Kindheit), fehlenden Ressourcen (Entlastungsmöglichkeiten, Partnerschaft), Risikofaktoren (jugendliche Eltern, Drogenkonsum, sozio-ökonomische Faktoren), evtl. psychischen Erkrankungen (Depressionen, Borderlinestörungen, Psychopathologien) auf Seiten der Eltern kann diese Erziehungskompetenz bereits eingeschränkt oder belastet sein und durch die Anforderung eines extrem schreienden Babys zusätzlich in Frage gestellt werden.

So kann sich zum einen unzureichende elterliche Kompetenz negativ auf das Verhalten des Kindes auswirken sowie zum anderen auch wiederum durch ein zunehmend abweisendes, zurückgezogenes Sozialverhalten des Kindes

Abbildung 1:
Auswirkungen des exzessiven Schreiens auf die Eltern (modifiziert nach Papoušek & Hofacker, 1995)

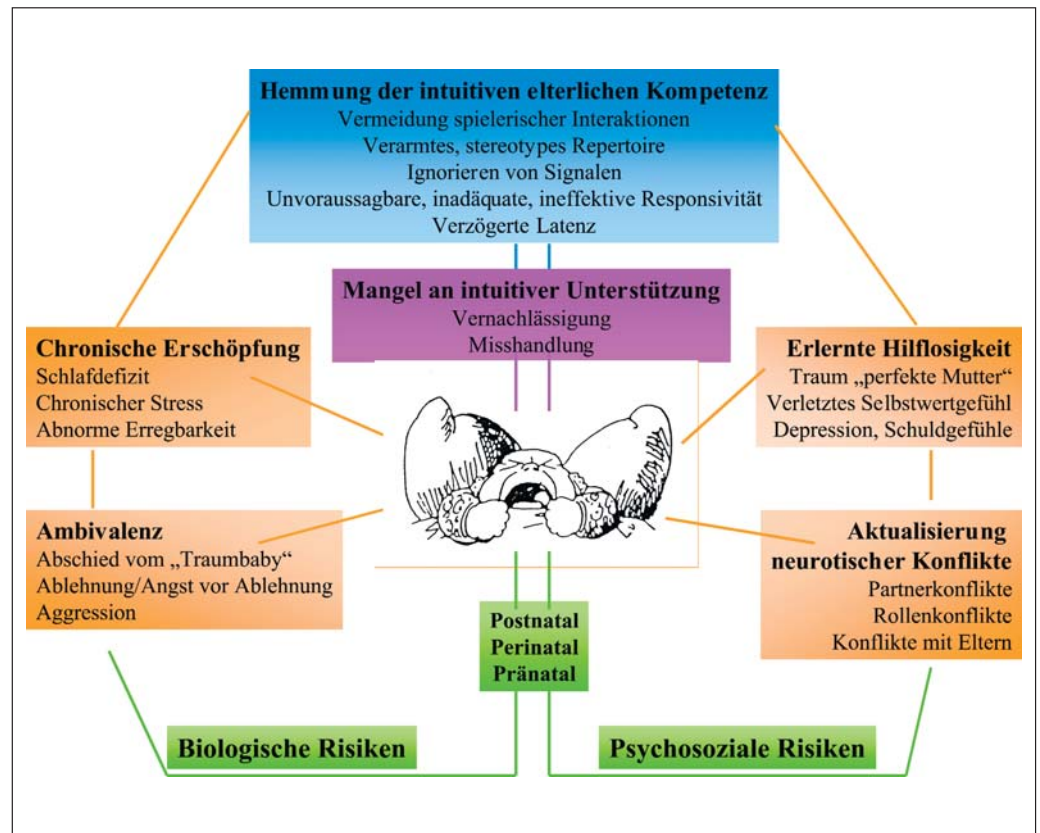
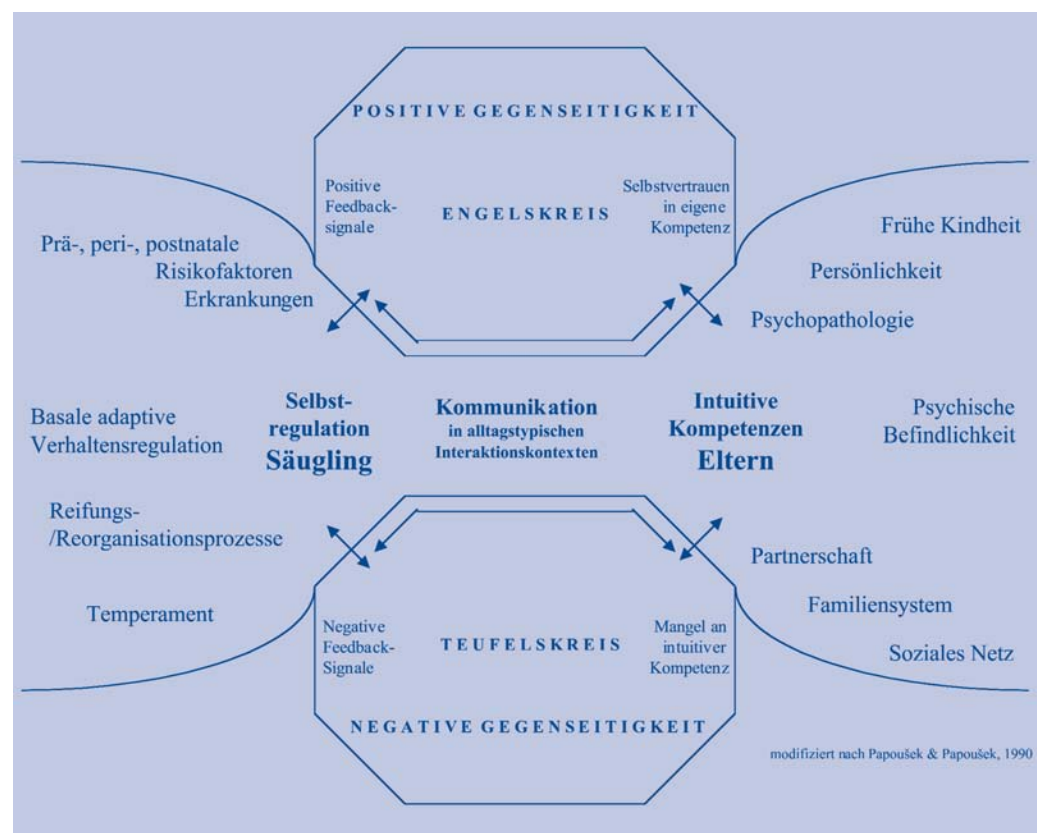


Abbildung 2:
Entwicklungsdynamisches, kommunikationszentriertes Modell (modifiziert nach Papoušek & Papoušek, 1990)



(Ausweichen von Blickkontakt, ausbleibendes soziales Lächeln, geringes Lautieren) unzureichende elterliche Erziehungskompetenz verstärkt werden.

Mögliche Folgen einer frühen Regulationsstörung können von Interaktionsstörungen, Gedeihstörungen, Bindungsstörungen, Deprivation, Gefährdung der Persönlichkeitsentwicklung bis zu schweren Formen der Misshandlung, unter Umständen verbunden mit dem Tod des Kindes, reichen.

So deuten einige Forschungsberichte darauf hin, dass Säuglinge mit Regulationsstörungen überdurchschnittlich häufig von Kindeswohlgefährdungen betroffen sind (Kindler, 2004).

Eine besonders gefährliche Form der Misshandlung stellt dabei das so genannte Schütteltrauma dar. Durch eine noch schwach ausgeprägte Nackenmuskulatur in den ersten Lebensmonaten im Verhältnis zur Schwere des Kopfes und der Gehirnstruktur in der frühen Kindheit (Unreife des kindlichen Gehirns, größere Weite der inneren und äußeren Liquorräume) besteht eine hohe Verletzlichkeit des Säuglings. Wird nun der Säugling an Armen bzw. Körper gehalten und heftig geschüttelt bzw. mit dem Kopf massiv gegen eine weiche Oberfläche geschleudert, »so kann der Kopf des Kindes Flieh- und Rotationskräften ausgesetzt sein, die so stark sind, dass sie zu verschiedenen Verletzungen führen, wie etwa Einrissen in Blutgefäßen oder Nervenbahnen im Schädel oder Prellungen des Gehirns infolge einer Kollision mit der Schädelkapsel« (Kindler, 2004). Da es nicht zu äußerlichen Verletzungen kommen muss, wird die Diagnostik erschwert. Etwa 15 % der geschüttelten Kinder versterben, etwa 50 % überleben mit bleibenden, zum Teil schwersten Behinderungen und etwa bei 35 % der Kinder hinterlässt das Schütteln keine Folgen (Studien von 20 Kindern von Ludwig & Warmann in Thyen et al., 1991). Besonders problematisch ist zum einen, dass die infolge eines Schütteltraumas behinderten Kinder wiederum erhöhte Anforderungen an eine (nicht vorhandene) elterliche Erziehungskompetenz stellen, sowie zum anderen, dass auch weiterhin ein deutlich erhöhtes Misshandlungsrisiko besteht. Bei über 50 % der geschüttelten Kinder waren die Väter oder Partner der Mütter die Täter. Als gemeinsame Faktoren konnten eine fehlende Beziehung zum

Kind, Uninformiertheit über die Verletzlichkeit des Kindes, eine Interpretation des kindlichen Verhaltens als unangemessen feindselig sowie eine herabgesetzte Impulssteuerung beim Täter oder bei der Täterin festgestellt werden (Kindler, 2004).

Beratungs- und Therapiekonzept der Münchner Sprechstunde

In der Münchner Sprechstunde für Schreibabys wird in Zusammenarbeit von PsychologInnen und KinderärztInnen zunächst anhand eines halbstrukturierten Interviews neben der kindlichen Anamnese auch auf mögliche Belastungsfaktoren und Ressourcen in der Familie eingegangen. Für die eingehende pädiatrische und neuropädiatrische Untersuchung wird möglichst eine entspannte Wachphase des Kindes genutzt; dabei werden neben der kindlichen Entwicklung die regulatorischen Fähigkeiten und Probleme beurteilt.

Psychische und physische Entlastung der Eltern

Ein wichtiger erster Schritt in der Arbeit mit den belasteten Familien besteht darin, beide Eltern mit ihren Ängsten, Schuldgefühlen, ihrer Verzweiflung und ihren Aggressionen ernst zu nehmen und aufzufangen.

Infolge des mehrwöchigen Schlafmangels und der täglichen Stressbelastung sind vor allem die Mütter oft so erschöpft und überfordert, dass primär Entlastungsmöglichkeiten geschaffen werden müssen. Mit den Eltern gemeinsam wird erarbeitet, welche Ressourcen in und außerhalb der Familie zur Entlastung und Unterstützung genutzt werden können.

Entwicklungsberatung

Ausgehend von der Annahme, dass das exzessive Schreien im ersten Trimenon Ausdruck einer dysregulierten Schlaf-Wach-Organisation mit Überreiztheit und Schlafdefizit ist, erfolgt in jedem Fall eine ausführliche Entwicklungsberatung in Bezug auf Schreien, Schlaf-Wach-Regulation und Beruhigungsstrategien.

Kommunikationstherapie

In der Kommunikationstherapie geht es um das gegenseitige Verstehen von Eltern und Baby im Kontext von Schreien, Beruhigungsversuchen und Schlafen legen. Gemeinsam mit den Eltern erforschen wir, welche Bedürfnisse das Baby mit seinem Quengeln und Schreien ausdrückt. Sind Auslöser wie Schmerz, Hunger oder Langeweile ausgeschlossen, zeigt das Baby Signale von Müdigkeit und Überreiztheit oder liegt die letzte Schlafphase mehr als 2 Stunden zurück – wie es meist der Fall ist –, so bieten wir den Eltern in der meist äußerst schwierigen Einschlafphase ihres Babys Hilfestellung an. Im therapeutischen Setting gelingt es den Eltern in der Regel, das Baby zum Einschlafen zu bringen; im häuslichen Rahmen, auf sich alleine gestellt, tun sich die Eltern meist schwerer. In diesem Fall besteht die Möglichkeit von Hausbesuchen von einer auf Regulationsstörungen spezialisierten Sozialpädagogin.

Als positives Gegengewicht zu den vielen Stunden Quengeln und Schreien hat die Kommunikationstherapie auch zum Ziel, Momente zu schaffen, welche für Eltern und Säugling gleichermaßen erfüllend sind. Im geschützten therapeutischen Rahmen werden die Eltern für die kurzen Phasen, in welchen der Säugling bereits gute Regulationsfähigkeiten und Interesse an der Umwelt zeigt, sensibilisiert und ermuntert, diese für entspannte Interaktionen zu nutzen. Diese Phasen »positiver Gegenseitigkeit«, wenn sie auch zunächst nur von kurzer Dauer sind, stellen einen wichtigen ersten Schritt dar, aus dem Teufelskreis des exzessiven Schreiens und seinen langen Phasen der »negativen Gegenseitigkeit« herauszukommen.

Eltern-Säuglings-Psychotherapie

Durch das exzessive Schreien können intensive Gefühle und episodische Erinnerungen aus der Beziehungsvorgeschichte ausgelöst werden, die die Wahrnehmung des realen Säuglings überlagern oder verzerren können. So kann das Schreien des Säuglings als aggressiver Akt, als absichtliches Anschreien oder auch als Ausdruck von Besessenheit interpretiert werden und

entsprechend unangemessene Antworten herausfordern. Bei anderen Eltern werden tiefe Verlassenheitsgefühle oder Ängste geweckt. Ziel der psychotherapeutischen Arbeit ist es, den Eltern eine unverzerrte Wahrnehmung des Säuglings und seiner Bedürfnisse zu ermöglichen.

Behandlungsdauer und Erfolg

Die Evaluation der Behandlung von 218 Kindern, die mit dem Syndrom des exzessiven Schreiens in der Ambulanz für Schreibabys vorgestellt wurden, zeigt einen Behandlungserfolg von 92,6 Prozent. Bei 6,5 Prozent war bei Behandlungsende nur eine leichte, bei 0,9 Prozent keinerlei Besserung zu beobachten. Im Durchschnitt waren lediglich 4 Termine bis zu einem erfolgreichen Behandlungsabschluss nötig (Ziegler et al., 2004).

Zusammenfassung

Das exzessive Schreien stellt mit seiner hohen Prävalenz eine der meistverbreiteten Störungen im frühen Säuglingsalter dar. Eine Kumulation von Risikofaktoren auf kindlicher und elterlicher Seite trägt zur Beeinträchtigung der kindlichen Selbstregulation und/oder der elterlichen Kompetenzen und damit zur Entgleisung der Eltern-Kind-Kommunikation bei. Die Erscheinungsformen des unstillbaren Schreiens und seine Auswirkungen auf die junge Familie können dramatische Formen bis zu Misshandlung und schwerer Vernachlässigung annehmen. Damit es jedoch tatsächlich zu Gewalttaten gegenüber dem Kind kommt, bedarf es zusätzlicher Faktoren auf Seiten der Eltern, insbesondere eigener traumatischer Erfahrungen und einer herabgesetzten Impulssteuerung. Ob diese Familien tatsächlich im Rahmen einer Schreibabyambulanz erreicht werden können, erscheint fraglich, da erfahrungsgemäß die Kontaktaufnahme zu einer Schreibabyambulanz für sozialschwache und Multiproblemfamilien eine zu hohe Hürde darstellt. Hier wären unter anderem Hebammen, niedergelassene KinderärztInnen und Kinderkliniken gefordert, wachsam mit eventuell betroffenen Familien umzugehen.

In der Regel ist das exzessive Schreien eine vorübergehende, rasch auf Behand-

lung und Beratung ansprechende Störung. Unter multiplen psychosozialen Belastungen und bei geringen Ressourcen kann es jedoch persistieren und langfristig zu tiefer greifenden Kommunikations- und Beziehungsstörungen und Verhaltensstörungen im Kleinkindalter führen.

Die Therapie des exzessiven Schreiens fokussiert auf die Eltern-Kind-Kommunikation unter Einbeziehung von organischen und psychosozialen Risikofaktoren auf elterlicher und kindlicher Seite. Sie ist somit auch ein wichtiger und Erfolg versprechender präventiver Ansatz in Bezug auf spätere Beziehungs- und Verhaltensstörungen.

Kontakt

Ruth Wollwerth de Chuquisengo
Diplom-Psychologin

Heike Kreß
Diplom-Sozialpädagogin

Ambulanz für Schreibabys
Kinderzentrum München
Heighofstraße 63
81377 München

Telefon: 089/71009-330

Literatur

- Barr, R. G. (1990):
The normal crying curve: What do we really know?
In: *Developmental Medicine and Child Neurology*, 32, 356–362.
- Barr, R. G., Chen, S., Hopkins, B., Westra, T. (1996):
Crying patterns in preterm infants.
In: *Developmental Medicine and Child Neurology*, 38, 345–355.
- Biedermann, H. (2000):
KISS-Kinder.
In: Harms, T. (Hrsg.):
Auf die Welt gekommen.
Berlin: Leutner.
- Jacubeit, T. (2001):
Misshandlung und Vernachlässigung im Säuglings- und Kleinkindalter.
In: Schlippe, A. v., Lösche, G. et al. (Hrsg.):
Frühkindliche Lebenswelten und Erziehungsberatung: die Chancen des Anfangs.
Münster: Votum.
- Keefe, M. R. (Ed.):
New evidence on unexplained early infant crying: its origins, nature and management.
Johnson & Johnson Pediatric Institute Round Table Series.
New Jersey: Skillman, 133–148.
- Kindler, H. (2004):
Was ist unter Schütteltrauma zu verstehen?
In: Kindler, H., Lillig, S., Blüml, H. (Hrsg.):
Handbuch Kindeswohlgefährdung nach § 1666 BGB und Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD): Internetveröffentlichung des Deutschen Jugendinstituts.
- Kirjavainen, J., Kirjavainen, T., Huhtala, V., Lehtonen, L., Korvenranta, H., Kero, P. (2001):
Infants with colic have a normal sleep structure at two and seven months of age.
In: *Journal of Pediatrics*, 138, 218–223.
- Lehtonen, L. (1994):
Infantile colic.
Annales universitatis Turkuensis, Sarja-Ser. D., Medicaodontologica, 151.
- Lehtonen, L., Gormally, S., Barr, R. G. (2000):
Clinical pies for etiology and outcome in infants presenting with early increased crying.
In: Barr, R. G., Hopkins, B., Green, J. A. (Eds.):
Crying as a sign, a symptom and a signal.
London: Mac Keith Press, 67–95.
- Miller, A. R., Barr, R. G. (1991):
Infantile colic: Is it a gut issue?
In: *Pediatric Clinics of North America*, 38, 1407–1423.

Mulder, E. J. H., Robles de Medina, P. G., Huizink, A. C., Van den Bergh, B. R. H., Buitelaar, J. K., Visser, G. H. A. (2002):

Prenatal maternal stress: Effects on pregnancy and the unborn child.

In: Early Human Development, 70, 3–14.

Murray, L., Cooper, P. J. (1997):

The role of infant and maternal factors in postpartum depression, mother-infant interactions and infant outcomes.

In: Murray, L., Cooper, P. J. (Eds.): Postpartum depression and child development. New York, London: The Guilford Press, 111–135.

Olafsdottir, E., Forshei, S., Fluge, G., Markestad, T. (2001):

Randomised controlled trial of infantile colic treated with chiropractic spinal manipulation.

In: Archives of Disease in Childhood, 84, 138–141.

Papoušek, M., Papoušek, H. (1990):

Excessive infant crying and intuitive parental care: buffering support and its failures in parent-infant interaction.

In: Early Child Development and Care, 65, 117–126.

Papoušek, M., Hofacker, N. v. (1995):

Persistent crying and parenting: Search for a butterfly in a dynamic system.

In: Early Development and Parenting, 4, 209–224.

Papoušek M., Hofacker, N. v. (1996):

Infantile colic, state regulation and interaction with parents: a systems approach.

In: Bornstein, M. H., Genevro J. (Eds.): Child development and behavioral pediatrics: toward understanding children and health. Hillsdale N. J.: Lawrence Erlbaum.

Papoušek M., Hofacker, N. v. (1998):

Persistent crying in early infancy: a non trivial condition of risk for the developing mother-infant relationship.

In: Child Care Health Development, 24, 395–424.

Papoušek, M. (2004):

Regulationsstörungen der frühen Kindheit: Klinische Evidenz für ein neues diagnostisches Konzept.

In: Papoušek, M., Schieche, M., Wurmser, H. (Hrsg.): Regulationsstörungen der frühen Kindheit. Bern: Huber.

Rautava, P., Helenius, H., Lehtonen, L. (1993):

Psychosocial predisposing factors for infantile colic.

In: British Medical Journal, 307, 600–604.

Schaumann, A. (2003):

Exzessives Schreien und Schlaf-Wach-Regulation im ersten Lebenshalbjahr.

Dissertation. München: LMU München, Medizinische Fakultät.

St. James-Roberts, I., Halil, T. (1991):

Infant crying patterns in the first year: Normal community and clinical findings.

In: Journal of Child Psychology and Psychiatry, 32, 951–968.

St. James-Roberts, I., Hurry, J., Bowyer, J, Barr, R. G. (1995):

Supplementary carrying compared with advice to increase responsive parenting as interventions to prevent persistent crying.

In: Pediatrics, 95, 381–388.

St. James-Roberts, I., Conroy, S., Hurry, J. (1997):

Links between infant crying and sleep-waking at 6 week of age.

In: Early Human Development, 48, 143–152.

St. James-Roberts, I., Conroy, S., Wilsher, C. (1998a):

Stability and outcome of persistent infant crying.

In: Infant Behaviour and Development, 21, 411–435.

St. James-Roberts, I., Conroy, S., Wilsher, C. (1998b):

Links between maternal care and persistent infant crying in the early months.

In: Child Care Health and Development, 24, 353–376.

Thyen, U., Tegtmeier, F. K. (1991):

Das Schütteltrauma des Säuglings – eine besondere Form der Kindesmisshandlung.

In: Monatsschrift Kinderheilkunde, 139, 292–296.

Wessel, M. A., Cobb, J. C., Jackson, E. B., Harris, G. S., Detwiler, A. C. (1954):

Paroxysmal fussing in infancy, sometimes called colic.

In: Pediatrics, 14, 421–434.

Wurmser, H., Laubereau, B., Hermann, M., Papoušek, M., Kries, R. v. (2001):

Excessive infant crying: Often not confined to the first 3 months of age.

In: Early Human Development, 64, 1–6.

Wurmser, H. (2004):

Langzeitrisiken persistierenden exzessiven Säuglingsschreiens.

In: Papoušek, M., Schieche, M., Wurmser, H. (Hrsg.): Regulationsstörungen der frühen Kindheit. Bern: Huber.

Ziegler, M., Wollwerth de Chuquisengo, R., Papoušek, M. (2004):

Exzessives Schreien im frühen Säuglingsalter.

In: Papoušek, M., Schieche, M., Wurmser, H. (Hrsg.): Regulationsstörungen der frühen Kindheit. Bern: Huber.

Anke Laukemper

Frühe Hilfe am Beispiel der Familiären Bereitschaftsbetreuung (FBB) des Jugendamtes der Stadt Hamm (NRW)

Was hat sich in der praktischen Arbeit bewährt? Was ist zu beachten?

Das Angebot der Familiären Bereitschaftsbetreuung (FBB) in der Abteilung Pflegekinderwesen/Adoptionsvermittlung des Jugendamtes der Stadt Hamm entstand 1996 aufgrund der Erkenntnis, dass Säuglinge und Kleinkinder bei Fremdunterbringung in Einrichtungen der Jugendhilfe mit dem Schichtdienst und dem damit einhergehenden Wechsel von Bezugspersonen überfordert sind. Zudem suchte man eine kostengünstigere Form der Betreuung von Kindern in Krisensituationen (Baier-Baran & Laukemper, 2001).

Die zeitlich befristete Unterbringung eines Kindes aus einer Krisensituation in eine FBB bietet eine *frühzeitige Gelegenheit zur Diagnose und Perspektivklärung* im Rahmen der Jugendhilfe. Sie dient sowohl dem Schutz des Kindes als auch der Abklärung der geeigneten Hilfeart, die entweder die Rückführung ins Elternhaus, die Vermittlung in Vollzeit-/Adoptionspflege oder die Unterbringung in einer geeigneten Heim- bzw. Kleinsteinrichtung sein kann. Die Fachkräfte der FBB in Hamm arbeiten hierbei kindzentriert. Die Hilfeplanung und die Zusammenarbeit mit den leiblichen Eltern liegt beim Allgemeinen Sozialen Dienst.

Zielgruppe für die FBB beim Jugendamt Hamm sind in der Regel Kinder bis zu einem Aufnahmealter von maximal 2,5 Jahren. Die meisten der seit 1996 aufgenommenen Kinder kommen aus Vernachlässigungsfamilien und/oder sind Misshandlungen durch die Eltern oder ein Elternteil ausgesetzt gewesen.

Die Altersgruppe der bis Dreijährigen benötigt in besonderem Maß die Kontinuität des Bezugsrahmens Familie mit der ihr eigenen notwendigen Nähe, ungeteilten Aufmerksamkeit und Exklusivität.

Die langjährige Praxis hat gezeigt, wie wichtig das *Auswahlverfahren* und die *Qualifizierung* der aufnehmenden Familien für die anspruchsvollen und verantwortungsvollen Aufgabe der FBB sind (Blüml et al., 2002).

Schon in den Bewerbungsgesprächen wird deutlich, dass viele Familien aus dem Wunsch heraus, »etwas Gutes tun zu wollen«, sich für die Tätigkeit als FBB interessieren. Einigen Frauen erscheint diese Art beruflicher Tätigkeit im familiären Setting des Weiteren eine Möglichkeit, ihre Mutter- und Hausfrauenrolle mit einer neuen Herausforderung zu vereinbaren und gleichzeitig weiterhin für die eigenen heranwachsenden Kinder zur Verfügung zu stehen.

Gesucht werden allerdings Persönlichkeiten (Familien oder Einzelpersonen) mit pädagogischer Ausbildung bzw. weitreichender erzieherischer Erfahrung im Umgang mit Kindern, die ihre Beschäftigung in der FBB als professionelle Aufgabe sehen und einem bestimmten *Anforderungsprofil* entsprechen sowie bestimmte *Rahmenbedingungen* erfüllen. Aus ihrer Familienanamnese sind stabile und tragfähige Beziehungen untereinander ersichtlich. Sie verfügen über ausreichenden Wohnraum. Die Hauptbezugsperson übt keine außerhäusliche Beschäftigung aus. Die eigenen Kinder der Familien/Einzelpersonen sind älter als zehn Jahre. Die in der FBB tätigen Betreuungspersonen stehen für eine kurzfristige Aufnahme eines Kindes zur Verfügung.

Es werden folgende *Persönlichkeitsvariablen* erwartet: stabile eigene Persönlichkeit; Flexibilität und Belastbarkeit; Kritik- und Konfliktfähigkeit; Bereitschaft, sich auf einen Beratungs- und Entwicklungsprozess einzulassen; emphatisches Empfinden für die Befindlichkeit der Kinder in der FBB; Fähigkeit, Grenzen setzen zu können/Distanz einzunehmen; Toleranz und Offenheit für andere Lebensbezüge und -vorstellungen; Kooperationsbereitschaft mit Herkunftseltern und Institutionen; Bereitschaft zur Teilnahme an Fortbildungen und Praxisbegleitung (Supervision).

Ausschlusskriterien für die FBB sind: eigener Kinderwunsch; eigene Kinder unter zehn Jahren; im Haushalt lebende Dauer- oder Adoptivkinder¹; Berufs-

tätigkeit der Hauptbezugsperson; familiäre und/oder persönlichkeitsbedingte Hintergründe.

Da die Aufnahme eines Kindes im Rahmen der FBB einen massiven Einschnitt in das familiäre System bedeutet und zu einer erheblichen Veränderung der Familiendynamik führt, ist eine stufenweise, sukzessive Heranführung an die Tätigkeit erforderlich. So ist es die umfassende Aufgabe der Betreuungsstelle, »immer wieder eine angemessene Balance herzustellen in dem Spannungsverhältnis zwischen der Privatheit als Familie und der Öffentlichkeit als Betreuungssystem, die die Jugendhilfe mit ihrem Auftrag verlangt. Diese Aufgabe benötigt eine besondere Form von Fachlichkeit, nicht als ‚Angestellte‘ sondern als ‚Privatpersonen‘ in öffentlichem Auftrag zu handeln« (Blüml et al., 2002).

Das *Auswahlverfahren* erstreckt sich über einen längeren Zeitraum und findet in Form von Einzel-, Familiengesprächen, Hausbesuchen und einer Auseinandersetzung in Gruppenform (Vorbereitungsseminar) statt.

Entsprechen die BewerberInnen den Aufnahmekriterien, erfahren sie in einem mehrtägigen Vorbereitungsseminar von den »Lebenswelten« der unterzubringenden Kinder und den daraus resultierenden Anforderungen an die FBB. In der Schulung wird mit unterschiedlichen *Methoden zur Qualifizierung* gearbeitet. Neben theoretischen Hintergründen und Erkenntnissen² werden ausführliche

1 Erfahrungen mit leiblichen jüngeren Kindern und mit eigenen Pflege- oder Adoptivkindern in der FBB zeigten, dass durch die Aufnahme eines hoch bedürftigen Kleinkindes eine nicht aufzufangende Dynamik in der Familie ausgelöst wurde (z. B. durch Konkurrenzgefühle oder die Erinnerung an eigene traumatische Erlebnisse und Ängste, auch wieder abgegeben zu werden), die sich negativ auf das Bereitschaftspflegekind auswirkten.

2 Fakten zu den Themenbereichen Kindesvernachlässigung sowie physische, psychische und sexuelle Kindesmisshandlung.

Fallbeispiele aus der Praxis eingebracht, um bei den BewerberInnen eine Betroffenheit zu erreichen, die es ihnen ermöglicht, sich realistisch auf die massiven Gewalterfahrungen dieser Kinder einzulassen.

Über Selbsterfahrung mit Hilfe von Biografiearbeit (»Was habe ich als Kind gebraucht und nicht bekommen?«), Skulpturarbeit (Wo in der Familie ist Platz für ein »fremdes« Kind?) und Rollenspielen (»Sie begleiten das Kind zum Besuchskontakt mit den misshandelnden Eltern – was macht das mit Ihnen?«) etc. bekommen die BewerberInnen die Möglichkeit nachzuspüren, ob sie sich dieser Aufgabe gewachsen fühlen. Eigene Lebenserfahrungen, die mit Erwartungen, Verlust und Trauer verknüpft waren, werden fokussiert und dienen einerseits der Annäherung an die zu erwartenden Veränderungen und ermöglichen andererseits neben der kognitiven Auseinandersetzung den emotionalen Transfer auf die Befindlichkeit der Kinder in der FBB.

Im Anschluss an das Vorbereitungsseminar erfolgt in angemessenem Zeitabstand ein Auswertungsgespräch, in dem die im Seminar gewonnenen Erkenntnisse zwischen den BewerberInnen und den Fachkräften der FBB ausgetauscht und reflektiert werden.

Entschließen sich die BewerberInnen für die Tätigkeit als FBB, kommt es zu einer *Zusammenarbeit*, wenn bei den Fachkräften der Eindruck entstanden ist, dass die BewerberInnen im Rahmen der Schulung zu einer realistischen Einschätzung ihrer eigenen Ressourcen und der von ihnen verlangten Tätigkeit gekommen und bereit sind, sich auf einen permanenten Lernprozess einzulassen.

Die Praxis zeigt an dieser Stelle deutlich, wie wichtig die *enge fachliche Begleitung* der Familien ist, da die aufzunehmenden Kinder mit ihren Vorerfahrungen von Misshandlung, Vernachlässigung und sexueller Gewalt ihre Betreuungspersonen auf besondere Weise herausfordern.

Erst in der *konkreten Arbeit* bekommt die FBB die tatsächliche Not dieser Kinder zu spüren und trotz aller (theoretischen) Schulungserfahrungen sieht sie sich plötzlich neben der emotionalen Betroffenheit vielen neuen Fragen gegenübergestellt, die es umgehend zu beant-

worten gilt, zumal Handlungskompetenz von ihr gefordert ist. Hier sind die Fachkräfte gefragt, die den Familien beratend zur Seite stehen, um ihnen immer wieder das anfangs oftmals unverständliche Verhalten der Kinder aus der *kindlichen Perspektive* zu erklären. Es bedarf der Erfahrung, Zeit und starken Nerven, um die Kinder zu verstehen und sich unermüdlich die Frage zu stellen: Was will mir das Kind mit seinem Verhalten sagen? Dabei ist eine gehörige Portion Gelassenheit sehr hilfreich, wie das Beispiel von Jacqueline zeigt. Das dreijährige Mädchen verweigerte nach einem Besuchskontakt mit ihren leiblichen Eltern in der FBB für mehrere Tage das Essen. Die Betreuungsfrau machte sich große Sorgen und versuchte immer wieder, das Kind zum Essen zu bewegen. Im Beratungsgespräch

Am Beispiel der Familiären Bereitschaftsbetreuung (FBB) in Hamm beschreibt Frau Laukemper eine Form der Umsetzung dieser Hilfe. Eine grundsätzliche Beschreibung der FBB, ihres Auftrags und ihrer Einbettung in das Kinder- und Jugendhilfesystem lesen Sie in den *IKK-Nachrichten* 2/2001.

wurde dann gemeinsam erinnert, dass die leibliche Mutter während des Kontakts mit erhobenem Zeigefinger bedrohlich ausgerufen hatte: »Und dass du mir ja immer vernünftiger isst!« und es konnte ein Zusammenhang zwischen dieser Drohung und dem Essverhalten hergestellt werden. Nachdem die FBB-Frau zu Jacqueline verständnisvoll gesagt hatte, dass sie nach so einer Drohung auch keine Lust mehr hätte zu essen, normalisierte sich Jacquelines Essverhalten sofort. Jacqueline fühlte sich in ihrer Not gesehen und verstanden und musste nun nicht mehr durch auffälliges Essverhalten darauf aufmerksam machen.

Auch im Rahmen von *Fortbildungsveranstaltungen* erweist sich das Thematisieren der kindlichen Perspektive als sehr effektiv für das Verständnis dieser Kinder. So werden für die Betreuungsstellen regelmäßig Veranstaltungen mit einer Diplom-Psychologin durchgeführt, die u. a. als Gutachterin für Familiengerichtsverfahren und als Bindungsexpertin und Diagnostikerin für traumatisierte Kinder

tätig ist. Themen wie Misshandlung, Vernachlässigung, Sucht, Bindung, Trennung etc. werden aus der Perspektive des Kindes betrachtet, z. B.: Wie wirkt sich der Alkoholkonsum der Mutter in der Schwangerschaft auf das Kind aus? Wie erlebt das Kind einen alkoholisierten und gewalttätigen Vater? Wie erlebt es eine Mutter im Drogenrausch?

Welche Gefühle entstehen dabei? Wie erlebt ein Kind die Trennung von Eltern, die es kaum versorgt haben? Wie sehen die Bindungen des Kindes zu wem aus? Wie erlebt das Kind die Trennung von der FBB?

Anhand eigener Fallbeispiele werden dann auf der Grundlage allgemeiner theoretischer Erkenntnisse Hypothesen zum *inneren Erleben und Verhalten* der Kinder aufgestellt, was eine Sensibilisierung für die Verhaltensmuster und ein größeres Verständnis für die Kinder zur Folge hat und sich positiv auf die Handlungskompetenz der Betreuungspersonen auswirkt. Erst wenn die Betreuungsperson erkennt, dass das Kind, das z. B. in der Bäckerei plötzlich einen heftigen »Trotzanfall« bekommt und scheinbar unbegründet schreit: »Nie bekomme ich was von dir zu essen«, sich in einer Übertragungssituation (Nienstedt & Westermann, 1990) befindet, versteht sie, dass von der leiblichen Mutter die Rede ist und nicht von ihr als gut versorgende FBB-Frau. Sie fühlt sich somit nicht persönlich verletzt (»Was erzählst du denn da? Das stimmt doch gar nicht!«) und kann die Situation einführend und verständnisvoll auflösen: »Ja, das ist ganz schlimm, wenn man Hunger hat und nichts zu essen bekommt.«

Praktische Übungen, etwa: »Wie spreche ich mit dem Kind«, fördern die Feinfühligkeit im Umgang mit den Kindern und verhelfen den Betreuungspersonen zu mehr Sicherheit im alltäglichen Umgang. Anstatt das Kind immer wieder zu fragen wieso, weshalb, warum es dies oder das gemacht hat, lernen die Betreuungspersonen »Hypothesen« zu formulieren und »lautes Denken« und eine eher »therapeutisch-verstehende« statt »erzieherisch-sanktionierende« Haltung zu entwickeln: »Oh, ich glaube, Kevin versteckt immer meine Schuhe, weil er Angst hat, dass ich ohne ihn aus der Wohnung gehe.«

Mit wachsendem Verständnis für die Auffälligkeiten der Kinder entwickeln

sich bei den Betreuungspersonen Fähigkeiten zu detaillierteren Alltagsbeobachtungen, die eine wichtige Grundlage für die weitere Hilfeplanung darstellen (Cappenberg, 2004).

Zusätzlich zu den Beratungsmöglichkeiten, die die Arbeit mit dem Kind betreffen, benötigen die Betreuungspersonen den Rahmen der *Supervision*, wo sie sich, unkontrolliert vom Jugendamt, regelmäßig mit ihren eigenen Sorgen und Nöten in ihrer Rolle als FBB auseinandersetzen können und Themen wie z. B. die eigenen Grenzen bearbeiten. Hier zeigt die Praxis, dass es, wenn man nach einem »Laien-Modell« arbeitet, d. h. nicht mit professionellen Fachleuten, für die Betreuungspersonen oftmals eine große Herausforderung ist, sich für persönliche Themen zu öffnen und einen Zusammenhang zwischen dem eigenen Rollenverständnis und der Arbeit mit den Kindern herzustellen.

Die Praxis zeigt, dass es trotz Schulung und intensiver Begleitung aufgrund *unterschiedlicher unkontrollierbarer Faktoren* auch immer wieder zu »Überraschungen« in der Arbeit mit den Betreuungspersonen kommen kann: so z. B., wenn eine langjährige Betreuungsfrau nach der Aufnahme von bisher fünf Bereitschaftspflegekindern den Wunsch hat, das sechste Bereitschaftspflegekind als Dauerpflegekind zu behalten oder wenn stabil geglaubte Ehen aufgrund der jahrelangen *hohen Belastung* durch die Aufnahme von Kindern in die Krise geraten und zerbrechen oder leibliche Kinder plötzlich Schwierigkeiten in der Schule bekommen.

Ein Grund für die hohe Belastung sind u. a. die *langen Gerichtsverfahren*. Obwohl im Konzept eine maximale Verweildauer von sechs Monaten in der FBB beschrieben ist, erstreckt sich der Aufenthalt der Kinder in der Praxis in vielen Fällen über ein Jahr und länger. Dies geschieht auch in Fällen, in denen von Seiten des Jugendamtes die zukünftige Perspektive für das Kind bereits in dem oben genannten Zeitraum geklärt werden konnte und ist mit Blick auf das Alter der Kinder unverantwortlich. Kinder in dem Alter wollen und müssen sich binden, um sich gesund entwickeln zu können. Das kann im Rahmen einer Übergangssituation nicht gelingen, da die

Kinder im idealtypischen Fall immer wieder das Signal bekommen, dass sie in dieser Familie nicht bleiben werden.³ Unter Beachtung bindungstheoretischer Überlegungen (Bowlby, 2001) erscheint ein Verbleib für das Kind in einer FBB nur für einen kurzen Zeitraum vertretbar. Sobald bei dem Kind eine Beziehungsoffenheit im Sinne von Elternbedürftigkeit⁴ wahrzunehmen ist, sind entsprechende Schritte (z. B. Vermittlung in eine Pflegefamilie) einzuleiten.

Zu einer weiteren *Verfahrensverzögerung* kommt es, wenn in Auftrag gegebene familienpsychologische Gutachten nicht termingerecht erstellt werden. Ein zügigerer und qualifizierterer Ablauf ist hier dringend erforderlich! Hilfreich wäre, wenn RichterInnen, RechtswältInnen und VerfahrenspflegerInnen psychologisch geschult würden und neben juristischen Abläufen auch entwicklungspsychologische Prozesse bei den Kindern im Blick haben.

- 3 Blüml et al., 2000, S. 17: »Traumabearbeitung und -verarbeitung ist nur in einer sicheren Bindung möglich, d. h. in der Übergangszeit der familiären Bereitschaftsbetreuung nicht.«
- 4 Nienstedt & Westermann, 1990, S. 34: Wenn sich ein Kind »nicht mütterlich versorgen lässt, sich bei Berührungen ganz steif macht, bei Annäherung den Blick abwendet oder aggressiv die Flucht nach vorn antritt, dann ist (es) nicht beziehungs- und vermittlungsfähig, dann würde die Herstellung einer individualisierten Beziehung zu möglichen elterlichen Objekten noch allzu angstbesetzt sein.«

Kontakt

Jugendamt der Stadt Hamm
Pflegekinderdienst/
Adoptionsvermittlungsstelle

Herr Janke
Telefon: 02381/176260

Frau Baier-Baran
Telefon: 02381/176309

Literatur

- Baier-Baran, K., Laukemper, A. (2001):
Familiäre Bereitschaftsbetreuung.
In: Der Oberbürgermeister der Stadt Hamm, Jugendamt/Pflegekinderdienst. FBB-Konzeption. Hamm.
- Blüml, H., Helming, E., Lillig, S., Schattner, H. et al. (2000):
Psychologische Aspekte von Bindung und Trennung, Risiko- und Schutzfaktoren sowie biographisch orientierte Arbeitsansätze in der familiären Bereitschaftsbetreuung.
In: Zusammenfassung der 6. und 7. Regionaltagungen. München.
- Blüml, H., Helming, E., Lillig, S., Schattner, H. et al. (2002):
Familiäre Bereitschaftsbetreuung. Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitung des bundesweiten Modellprojekts zur FBB.
Stuttgart: Kohlhammer.
- Bowlby, J. (2001):
Frühe Bindung und kindliche Entwicklung.
München: Reinhardt.
- Cappenberg, M. (2004):
Besuchskontakte vor dem Hintergrund der Bindungstheorie: Möglichkeiten und Grenzen dieser Theorie, zum Verständnis der Situation von Pflegekindern beizutragen.
In: Stiftung zum Wohl des Pflegekindes (Hrsg.): 3. Jahrbuch des Pflegekinderwesens. Idstein: Schulz-Kirchner Verlag.
- Nienstedt, M., Westermann, A. (1990):
Pflegekinder. Psychologische Beiträge zur Sozialisation von Kindern in Ersatzfamilien.
Münster: Votum.

Gesa Gaedeke und Irene Johns

»Vorsicht, zerbrechlich!« –
Präventionskampagne zur
Vermeidung von Schütteltraumata
bei Kleinkindern

Babys kommen nicht mit einer Gebrauchsanweisung zur Welt – in mancher Hinsicht sind sie erstaunlich widerstandsfähig, sie sind aber auch besonders gefährdet, z. B. durch zu heftiges Schütteln. Denn manche Eltern oder Betreuungspersonen verlieren die Kontrolle über ihr Handeln: wenn ein Baby viel schreit, nicht schlafen oder essen will. Manche schütteln ihr Baby dann aus Frustration oder Zorn. Das Schütteln eines Babys kommt in Familien quer durch alle gesellschaftlichen Schichten vor.

Die Präventionskampagne »Vorsicht, zerbrechlich!« startete im Februar 2005 in Schleswig-Holstein. Ziel ist es, auf die Gefahren des Schüttelns von Babys und kleinen Kindern aufmerksam zu machen. Erreicht werden sollen (werdende) Eltern und andere Betreuungspersonen sowie Fachleute wie Hebammen oder KinderärztInnen. Herausgeber sind der Deutsche Kinderschutzbund Schleswig-Holstein und das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Verbraucherschutz des Landes Schleswig-Holstein.

Jährlich ereignen sich etwa 20 bis 30 Todesfälle bei Säuglingen durch heftiges Schütteln. Die Verletzungen durch das Schütteln nennt man Schütteltrauma. Es ist anzunehmen, dass die Zahl der unerkannten Schütteltraumata als Ursache unklarer Entwicklungsstörung oder Behinderung viel häufiger ist als die der bekannten Todesfälle. Das Schütteln eines Babys ist in der Regel kein einmaliges, sondern meist ein mehrmals auftretendes Ereignis mit eskalierendem Charakter. Daher besteht durch frühzeitige Hilfe eine große Aussicht auf Erfolg, um die Spirale von gestörter Eltern-Kind-Beziehung und immer schwereren Verletzungen zu beenden. Dazu müssen Fachleute (Hebammen, KinderärztInnen) oder auch ehrenamtliche HelferInnen von jungen Familien Frühwarnzeichen wahrnehmen und mit betroffenen Eltern das Gespräch suchen. Viele Eltern und Fachleute wissen nicht, wie gefährlich heftiges Schütteln des Säuglings ist.



Vorsorgende Beratung während der Schwangerschaft und in den ersten Lebenswochen des Kindes kann auf die Unsicherheit bei jungen Eltern reagieren, auf Gefahren hinweisen und dabei gleichzeitig positive Alternativen anbieten.

Das Schütteltrauma des Säuglings stellt eine besondere Form der körperlichen Kindesmisshandlung dar. Denn das Trauma entsteht durch erhebliche Kräfteinwirkung: der Verletzungsmechanismus erfordert heftiges, gewalttames Hin- und Herschütteln des Kindes, das dabei zumeist an den Oberarmen oder am Brustkorb gehalten wird.

Es kommt beim Schütteln zu einer Beschleunigung des Gehirns und zu einem Abriss von Blutgefäßen, die sich durch den flüssigkeitsgefüllten Raum zwischen Schädeldecke und Gehirn ziehen. Bei stärkerer Gewalteinwirkung entstehen große Blutungen, die durch ihre Masse auf das Gehirn drücken und zu akuten Krankheitserscheinungen durch den Hirndruck führen, z. B. Schläfrigkeit, Erbrechen, Krampfanfälle, und die den Tod des Kindes zur Folge haben können. Die wesentliche Ursache für die schweren langfristigen Folgen des Schüttelns sind jedoch nicht so sehr die Blutungen, sondern vielmehr das Abreißen von Nervenfasern in den jungen Gehirnen. Anders als die Blutungen sind

diese Verletzungen und Funktionsstörungen der neuronalen Verbindungen nicht sichtbar und nicht deutlich feststellbar, sie werden leicht übersehen.

Die Präventionskampagne von Kinderschutzbund und Gesundheitsministerium besteht aus einem Informationsfaltblatt für Eltern, einem Plakat und jeweils einem Vortrag für Fachkräfte im Bereich des Gesundheitswesens und Fachkräfte sowie ehrenamtlich tätige Laien in der Kinder- und Jugendhilfe. Das Faltblatt ist ansprechend und positiv gestaltet, sodass es leicht seinen Platz am Kühlschrank oder einer anderen zentralen Stelle in der Wohnung findet¹. Die Vorträge informieren über Entstehungsbedingungen, Frühwarnzeichen und Diagnose von Schütteltraumata, geben Beispiele zur Intervention und zeigen Präventionswege auf².

Mit der Präventionskampagne »Vorsicht, zerbrechlich!« sprechen Kinderschutzbund und Gesundheitsministerium die Menschen im Land direkt an: So sieht man u. a. bei ÄrztInnen der Kinder- und Jugendmedizin oder der Gynäkologie und bei Hebammen die Plakate in den Praxisräumen hängen, die Faltblätter sind inzwischen landesweit vergriffen³ (Auflage 20.000 Stück, eine Neuauflage ist für 2006 geplant). Das Konzept der MultiplikatorInnen, die die Vorträge halten, trägt, und in Schreieambulanz und anderen Beratungsstellen steigt die Nachfrage der Eltern. Die Stärke der Präventionskampagne »Vorsicht, zerbrechlich!« liegt im Aktionsbündnis⁴ von Fachleuten aus Kinderschutz und Gesundheitswesen. Denn schon in der Konzeptionsphase gab es eine breite Unterstützung seitens der kooperierenden Verbände. Frühe Hilfen sind dem Kinderschutzbund Schleswig-Holstein ein gro-

ßes Anliegen und werden auch in Zukunft die Arbeit des Landesverbandes prägen.

Kontakt

Deutscher Kinderschutzbund Landesverband Schleswig-Holstein e. V.

Beselerallee 44
24105 Kiel

Telefon: 0431/805249
Fax: 0431/82614
info@kinderschutzbund-sh.de
www.kinderschutzbund-sh.de

Inge Beyersmann und
Prof. Dr. H.-J. Schwartz

Die Arbeitsgruppe Präventive Interventionen bei Familien mit Risikokonstellationen in der Gesellschaft für Seelische Gesundheit in der frühen Kindheit e. V. (GAIMH)

Die Arbeitsgruppe hat eine Stellungnahme zu »Chancen und Notwendigkeit früher Prävention in psychosozial belasteten Familien« herausgegeben, um auf die Wirksamkeit früher Prävention hinzuweisen und auf die Notwendigkeit, die Praxis im Jugendhilfe- und Gesundheitsbereich durch niedrigschwellige Präventions- und Interventionsprogramme bereits im Säuglings- und Kleinkindalter zu erweitern.

Themen der Arbeit in der AG sind u. a.: Eltern-Kleinkind-Beratung, Frühförderung, Eltern-Kind-Zentren, Elternbildungsangebote, Verbesserung der Kooperation und Vernetzung der Arbeit, Weiterqualifizierungen zum Schutz des Kindes und zu Begleitung, Beratung und Psychotherapie für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern.

Die Mitglieder der Arbeitsgruppe kommen aus verschiedenen Disziplinen, die in Forschung und Praxis im Bereich der frühen Kindheit tätig sind.

Weitere Informationen zu Arbeitsgruppen und Tagungen finden Sie unter www.gaimh.de.

GAIMH (German-speaking Association for infant mental health) ist eine Tochtergesellschaft der WAIMH (World Association).

Kontakt

Prof. Dr. H.-J. Schwartz
Fachhochschule
Braunschweig/Wolfenbüttel
Ludwig-Winter-Straße 2
38120 Braunschweig

Inge Beyersmann
Frühberatungsstelle Bremen im
Familienzentrum Hemelingen
Hinter den Eltern
28309 Bremen

1 Die National Society for the Prevention of Cruelty on Children (NSPCC), Großbritannien, genehmigte freundlicherweise den Nachdruck von Illustrationen und Text.

2 Autorinnen sind PD Dr. Ute Thyen, Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein Campus Lübeck, und Irene Johns, Leiterin des Kinderschutz-Zentrums Kiel.

3 Als PDF zu finden unter www.kinderschutzbund-sh.de oder www.sozialministerium.schleswig-holstein.de

4 Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte, Hebammenverband, Kliniken, Gesundheitsämter und Kinderschutz-Zentren

Projektkündigung

Prof. Dr. Christian Pfeiffer,
Dr. Daniela Hosser, Anna Maier-Pfeiffer
und Dr. Tanja Jungmann

Prävention durch Frühförderung Modellversuch zur Prävention von Krankheit, Armut und Kriminalität für Kinder aus sozial benachteiligten Familien

1. Kurzinformation: Zentrales Anliegen des Modellversuches und seiner Begleitforschung

Neue Forschungsergebnisse belegen, dass schwere Erkrankungen ebenso wie ausgeprägte Verhaltensprobleme oder kriminelle Karrieren Erwachsener häufig bereits in den ersten Jahren der Kindheit angelegt sind. Im Hinblick auf Krankheiten konnte dies kürzlich durch eine Langzeitstudie mit 17.000 US-AmerikanerInnen aufgezeigt werden (Felitti, 2002). Danach sind psychosozial belastende Erfahrungen aus der frühen Kindheit noch 50 Jahre später hoch wirksame Risikofaktoren, die zunächst die Wahrscheinlichkeit von starker Nikotin- oder Drogenabhängigkeit bzw. von Alkoholmissbrauch beträchtlich erhöhen und später erheblich zu schweren organischen Erkrankungen beitragen. Die Ursachen solcher Belastungen liegen noch früher, wenn die Schwangerschaft der Mutter von Drogenkonsum, Alkoholenuss, Rauchen und falscher Ernährung geprägt war. Trotzdem greifen Staat und Gesellschaft meist erst dann ein, wenn akute Probleme zum Handeln zwingen. Dabei wissen wir aus der Evaluation von Behandlungs- und Fördermaßnahmen, dass sich Krankheiten und negative Verhaltensweisen umso schlechter korrigieren lassen, je später man reagiert. Als besonders wirksam und kostengünstig haben sich dagegen sehr früh einsetzende Interventionen erwiesen, die sich gezielt an solche Familien wenden, bei denen eine Häufung von Risikofaktoren erwarten lässt, dass die Kinder ohne Frühförderung in massive gesundheitliche Probleme oder in das gesellschaftliche Abseits geraten werden.

Wir haben deshalb gemeinsam mit der niedersächsischen Sozialministerin Dr. Ursula von der Leyen die Initiative ergriffen: Erstmals sollen in Deutschland im Rahmen eines breit angelegten Modellversuches neue Wege der Frühförderung von Kindern aus sozial stark benachteiligten Familien erprobt werden. Im Frühjahr 2006 soll das Projekt in Hannover sowie den benachbarten Städten Celle, Garbsen, Langenhagen und Lehrte mit seiner Arbeit beginnen. Angestrebt wird, jungen Familien in schwierigsten Verhältnissen, insbesondere auch allein erziehenden Müttern mit niedrigem Einkommen und geringer Schulbildung, umfassende Hilfe anzubieten. Die jungen Frauen werden möglichst schon ab dem fünften Monat ihrer Schwangerschaft von Familienhebammen zu Hause besucht, die sich intensiv darum bemühen, sie zu einem gesunden Lebenswandel und zu einer konstruktiven Geburtsvorbereitung zu motivieren. Nach der Geburt des Kindes kommen Familienhelferinnen und -beraterinnen und unterstützen sie bei der Erziehung des Kindes sowie bei ihrer eigenen Ausbildung und Arbeitssuche. Die Kinder werden zudem in gut geführten Krippen und speziell ausgestalteten Kindergartenprogrammen gezielt bis zum Schuleintritt gefördert.

Derartige Projekte haben sich in den USA als überaus erfolgreicher Weg erwiesen, Krankheiten, kriminellen Karrieren und Armut nachhaltig vorzubeugen. Erste Erfolge dieser auf das Vorschulalter begrenzten Förderung zeigten sich bereits daran, dass die in das Projekt einbezogenen Kinder in der Schule besser abschneiden. Im Alter von 15 Jahren hatten sie weniger Verhaftungen und Verurteilungen, rauchten und tranken weniger und hatten seltener Drogenprobleme als die Kinder aus der identisch zusammengesetzten Kontrollgruppe. Die Mütter profitierten ebenfalls: Sie konnten häufiger in Arbeit vermittelt werden, waren seltener abhängig von staatlicher Unterstützung und wiesen weniger Drogen- und Alkoholprobleme auf.

Sorgfältige Kosten-Nutzen-Analysen belegen, dass sich diese Frühförderprogramme trotz ihrer beachtlichen Kosten bereits während der Laufzeit der Fördermaßnahmen bezahlt gemacht

haben. Die nicht geförderten Kinder verursachten weit höhere Krankheitskosten, ihre Eltern lebten häufiger von Sozialhilfe. Mit wachsendem Lebensalter der Mitglieder beider Gruppen haben sich steigende Kostenunterschiede ergeben: Bereits bis zum Alter von 20 Jahren hat jeder Dollar, der in dieses Frühförderungsprogramm investiert worden war, vier Dollar an späteren Folgekosten gespart (Olds et al., 2004). Bei einem dieser Projekte, dem Perry-Preschool-Programm aus der Kleinstadt Ypsilanti (Michigan, USA) können die WissenschaftlerInnen inzwischen auf 40 Jahre der Kosten-Nutzen-Analyse zurückgreifen (Schweinhart, im Druck). Erst bei diesem Vergleich wird deutlich, dass der Haupteffekt der Frühförderung im Erwachsenenalter zu erwarten ist. Während die Ypsilanti-Kontrollgruppe durch Gefängnisstrafen, Drogentherapien, Krankenhausaufenthalte oder als SozialhilfeempfängerInnen hohe Kosten verursachte, dominierten bei den in der Kindheit geförderten 40-Jährigen klar diejenigen, die Arbeit haben, Steuern zahlen, Kinder in die Welt setzen und ihr Leben meistern. Das rechnet sich: Für jeden Dollar, der in den 60er-Jahren in die Frühförderung investiert worden war, hat die Gesellschaft im Laufe der folgenden 34 Jahre 16,6 Dollar zurückerhalten.

Es liegt auf der Hand, dass wir diese Befunde zum Anlass nehmen sollten, die erfolgreichen Programme im Rahmen eines Modellversuches auch bei uns zu erproben. Der hohe Kostenaufwand für ein derartiges Projekt erscheint freilich nur dann gerechtfertigt, wenn das Vorhaben von Forschung begleitet wird. Nur so kann geklärt werden, ob sich das beschriebene Programm der Frühförderung auch in Deutschland mit seiner vergleichsweise guten sozialstaatlichen Grundversorgung der Menschen ähnlich positiv wie in den USA auswirkt. Nur so können wir herausfinden, was im Einzelnen zum Erfolg der Frühförderung beiträgt und welche Maßnahmen nicht zu empfehlen sind. Wir planen deshalb eine umfangreiche Begleitforschung, die sich aus drei Teilen zusammensetzt. Die Implementationsforschung soll klären, ob sich das Programm der Frühförderung wie geplant umsetzen lässt, ob die angestrebte Zielgruppe erreicht wird und welche Veränderungen des ursprüng-

lichen Konzepts erforderlich werden, damit die Projektziele verwirklicht werden können. Die Evaluation der Programmwirksamkeit beantwortet die Frage, ob und in welchem Ausmaß das Projekt bei den Kindern und ihren Eltern die gewünschten Ergebnisse und Erfolge erzielt, und wie sich die festgestellten Wirkungen erklären lassen. Die Kosten-Nutzen-Analyse ermittelt die ökonomischen Auswirkungen des Modellversuches durch eine vergleichende Datenauswertung zu den finanziellen Lasten, die im Rahmen der Frühförderung entstehen, und den Kosten, die für beide Gruppen von Kindern und Eltern im Laufe der Jahre erwachsen. Für die ersten beiden Teile der Begleitforschung ist das KFN verantwortlich, die Kosten-Nutzen-Analyse wird von PD Dr. Peter Lutz vom Lehrstuhl IV für Öffentliche Finanzen der Universität Hannover übernommen. Die Kosten der wissenschaftlichen Evaluation trägt die in Hannover ansässige TUI-Stiftung.

2. Projektziele des geplanten Modellversuches

Das Angebot der Frühförderung an sozial stark belastete Familien verfolgt vier Ziele:

2.1 *Gesundes Leben während der Schwangerschaft*

Während der Schwangerschaft sollen die Gesundheit und die psychische Stabilität der werdenden Mutter gefördert werden. Dazu gehört auch das Bemühen, sie zu einem möglichst vollständigen Verzicht auf Rauchen und Alkoholkonsum zu motivieren, sie bei praktischen Fragen der Lebensgestaltung zu unterstützen sowie dabei starke psychosoziale Belastungen so weit wie möglich zu vermeiden. Angestrebt wird ferner, den Vater in die Geburtsvorbereitungen einzubinden. Ziel ist die Geburt eines gesunden Kindes mit normalem Geburtsgewicht, um das sich die Mutter und möglichst auch der Vater engagiert kümmern.

2.2 *Frühförderung des Kindes*

Nach der Geburt soll zunächst die emotionale Bindung zwischen Mutter und Kind, und soweit möglich, auch die zwischen Vater und Kind gefördert werden. Es soll darauf hingewirkt werden, dass das Kind gesund ernährt und liebevoll betreut wird. Mit wachsendem Alter des Kindes geht es dann darum, seine körperliche, sprachliche und kognitive Entwicklung so zu unterstützen, dass sich seine Persönlichkeit, seine Fähigkeiten und sein körperlicher Reifungsprozess optimal entfalten können und stark belastende Krankheiten bzw. Verhaltensauffälligkeiten (z. B. ADHS) seltener oder gar nicht auftreten.

2.3 *Förderung der elterlichen Erziehungskompetenz und berufliche Eingliederung*

Eine wichtige Aufgabe des Projekts besteht ferner darin, die Mütter und ggf. die Väter zu stärken. Zum einen betrifft das ihre Erziehungskompetenz. Beiden soll Mut gemacht werden, sich positiv auf die Elternrolle einzulassen, d. h. die damit verbundenen Lasten zu akzeptieren, richtiges Erziehungsverhalten zu erlernen und die Freuden der Elternschaft zu entdecken. Hierfür sollen ihnen die erforderlichen Erfahrungen und Kenntnisse vermittelt werden. Zum anderen geht es aber auch darum, die sozial randständigen Mütter (und Väter) aus der Abhängigkeit von staatlichen Sozialleistungen herauszuführen, in der sie sich meist befinden werden. Durch die Angebote der Krippen- bzw. der Tagesmutterbetreuung und des späteren Kindergartenbesuches sollen sie dazu ermutigt werden, die Chance der Ganztagsbetreuung ihres Kindes dazu zu nutzen, sich schrittweise auf eigene Beine zu stellen. Sie sollen dabei unterstützt werden, eine abgebrochene Schul- oder Berufsausbildung abzuschließen, einen Arbeitsplatz zu finden und ein geregeltes Einkommen zu verdienen. Die amerikanischen Erfahrungen machen Mut, dass auch dieses Ziel bei vielen erreicht werden kann. Dabei gehen wir davon aus, dass die angestrebte Stärkung der beruflichen und sozialen Position der Mutter (und ggf. des Vaters) positive Auswirkungen auf ihren Umgang mit dem Kind haben wird.

2.4 *Haushaltseinsparungen für Kommunen, Staat und Krankenkassen*

Ein weiteres Ziel des Modellversuches ist es schließlich, die Kosten deutlich zu senken, die besonders häufig für Menschen aus Hochrisikofamilien aufgewendet werden müssen. Dies betrifft die Gesundheitskosten während der Kindheit ebenso wie die hohen Aufwendungen, die dann entstehen, wenn aus Problemkindern später Frühkriminelle, Drogenabhängige, Trebegänger oder Schulversager werden. Das Frühförderungsprojekt verfolgt das Ziel, die Lasten, die aus solchen Negativkarrieren für Krankenkassen, Landkreise und Städte und Bundesländer erwachsen, nachhaltig zu reduzieren. Die amerikanischen Modellversuche haben demonstriert, dass dies in beachtlichem Maß gelingen kann. Der Modellversuch soll die Überprüfung der Frage ermöglichen, ob auch in Deutschland mit seiner im Vergleich zu den USA besseren sozialstaatlichen Grundversorgung ein entsprechender Effekt erwartet werden kann. Dabei sollen in die Kosten-Nutzen-Analyse dann nicht nur die finanziellen Lasten einbezogen werden, die für die geförderten Kinder bzw. ihre identisch zusammengesetzte Kontrollgruppe entstehen, sondern auch die, die für die Eltern jeweils erwachsen (Sozialhilfe, Arbeitslosenunterstützung usw.). Und schließlich sind hier auch Nutzeffekte der Förderung zu berücksichtigen (z. B. die Steuerleistungen, die für Kommunen und Staat langfristig aus dem Arbeitseinkommen der Eltern und ihrer in das Arbeitsleben hineinwachsenden Kinder entstehen).

Kontakt

Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen e. V.

Lützerodestr. 9
30161 Hannover

Telefon: 0511/348360

Fax: 0511/3483610

E-Mail: kfn@kfn.uni-hannover.de

Literatur

Bastian, H. G. (2000):

Musikerziehung und ihre Wirkung. Eine Langzeitstudie an Berliner Grundschulen.
Mainz: Schott.

Christiakis, D. A., Zimmerman, F. J., DiGiuseppe, D. L., McCarty, C. A. (2004):

Early television exposure and subsequent attentional problems in children.
In: *Pediatrics*, 113, 708–713.

Comby, D. S., Culross, P. L., Behrman, R. E. (1999):

Home visiting. Recent program evaluations – analysis and recommendations.
In: *The Future of Children*, 9, 4–24.

Cierpka, M. (2002):

FAUSTLOS – ein Curriculum für sozial-emotionales Lernen im Kindergarten.
Heidelberg: Heidelberger Präventionszentrum.

Dietz, W. H., Gortmaker, S. L. (1985):

Do we fatten our children at the television set? Obesity and television viewing in children and adolescents.
In: *Pediatrics*, 75, 807–812.

Elliot, D. (2004):

Blueprints. Modellvorlagen zur Gewaltprävention.

In: DVJJ (Hrsg.):

Sonderdruck zum 26. Deutschen Jugendgerichtstag.
Hannover: DVJJ.

Huizink, A. C., Robles de Medina, P., Mulder, E. J. H., Visser, G. H. A., Buitelaar, J. K. (2003):

Stress during pregnancy is associated with developmental outcome in infancy.
In: *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44, 810–818.

Hüther, G. (1998):

Biologie der Angst.

Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Hüther, G. (1999):

Die Evolution der Liebe.

Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Hüther, G. (2002):

Die Folgen traumatischer Kindheits-erfahrungen für die weitere Hirnentwicklung.
[www.agsp.de/html/a34.html]

Korsten-Reck, U., Kromeyer-Hauschild, K., Korsten, K., Bjarnason-Wehrens, B., Dickhuth, H. H., Berg, A. (2004):

Bedeutung des Freizeit- und Ernährungsverhaltens und der Spezialanamnese in der Therapie der Adipositas bei Kindern.
In: *Perfusion*, 17, 458–464.

Kuschel, A., Hahlweg, K., Miller, Y., Bertram, H., Heinrichs, N., Saßmann, H. (2003):

Universelle Prävention kindlicher Verhaltensstörungen – das Triple P-Programm.

In: Lehmkühl, U. (Hrsg.):

Aggressives Verhalten bei Kindern und Jugendlichen. Ursachen, Prävention, Behandlung.
Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 175–182.

Kuschel, A., Heinrichs, N., Hahlweg, K. (im Druck):

Prävention im Vorschulalter.

In: Gasteiger Klicpera, B., Julius, H. (Hrsg.):

Förderschwerpunkt soziale und emotionale Entwicklung. Handbuch der Pädagogik und Psychologie bei Behinderungen.
Göttingen: Hogrefe.

Lösel, F., Beelman, A., Jaurisch, S., Stemmler, M. (2004):

Soziale Kompetenz für Kinder und Familien.

Ergebnisse der Erlangen-Nürnberger Entwicklungs- und Präventionsstudie.

Pressebericht.

Olds, D., Henderson, C. R., Cole, R., Eckenrode, J., Kitzman, H., Luckey, D., Pettitt, L., Sidor, K., Morris, P., Powers, J. (1998):

Long-term effects of Nurse Home Visitation on children's criminal and antisocial behavior.

In: *The Journal of the American Medical Association*, 280, 1238–1244.

Olds, D., Henderson, C. R., Kitzman, H., Eckenrode, J. J., Cole, R. E., Tatelbaum, R. C. (1999):

Prenatal and infancy home visitation by nurses. Recent findings.

In: *The Future of Children*, 9, 44–63.

Olds, D. L., Kitzman, H., Cole, R., Robinson, J., Sidor, K., Luckey, D. W., Henderson, C. R., Hanks, C., Bondy, J., Holmberg, J. (2004):

Effects of Nurse Home-Visiting on maternal life course and child development. Age 6 follow-up results of a randomized trial.

In: *Pediatrics*, 114, 1550–1559.

Opstapje - Schritt für Schritt (Hrsg.), Manstetten, M., Sann, A., Thrum, K. (2004):

Opstapje – Schritt für Schritt. Ein innovatives Förderprogramm für 2-jährige Kinder aus sozial benachteiligten Familien. Vorstellung des Modellprogramms und der wissenschaftlichen Begleitung.

München: Deutsches Jugendinstitut e.V.

Patry, J.-L., Perrez, M. (2000):

Theorie-Praxis-Probleme und die Evaluation von Interventionsprogrammen.

In: Hager, W., Patry, J.-L., Brezig, H. (Hrsg.):

Evaluation psychologischer Interventionsmaßnahmen.
Göttingen: Huber, 19–40.

Reynolds, A. J. (2000):

The State of early intervention.

In: Reynolds, A.: *Success in early intervention. The Chicago child parent centers.*

Lincoln, NE: University of Nebraska Press.

Scheithauer, H., Barquero, B. (2005):

Papilio. Primärprävention von Verhaltensproblemen und Förderung sozial-emotionaler Kompetenz im Kindergarten. Ein Beitrag zur entwicklungsorientierten Sucht- und Gewaltprävention. Erste Ergebnisse (Kurzfassung) zur Evaluation des Projekts.

(www.papilio.de/download/papilio-ergebnisse.pdf)

Schick, A., Cierpka, M. (2004):

»FAUSTLOS« – Ein Gewaltpräventions-Curriculum für Grundschulen und Kindergärten.

In: Melzer, W., Schwind, H.-D. (Hrsg.):

Gewaltprävention in der Schule.
Baden-Baden: Nomos, 54–66.

Schiffer, K., Ennemoser, M., Schneider, W. (2002):

Die Beziehung zwischen dem Fernsehkonsum und der Entwicklung von Sprach- und Lesekompetenzen im Grundschulalter in Abhängigkeit von der Intelligenz.

In: *Zeitschrift für Medienpsychologie*, 14, 2–13.

Schweinhart, L. J., Barnes, H. V., Weikart, D. P. (1993):

Significant benefits. The High/Scope Perry Preschool Study through age 27.

Ypsilanti, MI: High/Scope Press.

Schweinhart, L. J. (Eds.) (im Druck):

Lifetime effects. The High/Scope Perry Preschool Study through age 40.

Ypsilanti, MI: High/Scope Press.

[www.highscope.org/Research/PerryProject/PerryAge40SumWeb.pdf]

Zierau, J., Gonzáles-C., I.-M. (2005):

Modellprojekt Aufsuchende Familienhilfe für junge Mütter – Netzwerk Familienhebammen. Ergebnisse der Evaluation. Bericht 104.05.

Hannover: IES an der Universität Hannover.

Zimmerman, F. J., Glew, G. M., Christiakis, D. A., Katon, W. (2005):

Early cognitive stimulation, emotional support, and television watching as predictors of subsequent bullying among grade-school children.

In: *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 159, 384–388.

Sabine Herzog

Frühe Prävention – Ansätze im internationalen Vergleich

Im November 2004 veranstaltete das Informationszentrum Kindesmisshandlung/Kindesvernachlässigung (IKK) gemeinsam mit der Arbeitsstelle Kinder- und Jugendkriminalitätsprävention (ebenfalls angesiedelt am DJJ)¹ ein Kolloquium, um das Thema »Frühe Prävention« international vergleichend aufzugreifen. Die Zusammenarbeit beider Projekte hatte eines gezeigt: es muss das unablässige Ziel sein, Kinder von Geburt an ein Aufwachsen zu ermöglichen, das sie vor Gewalt schützt und verhindert, dass sie später selbst Gewalt ausüben oder delinquent werden. Bestehen Risiken, dass dies nicht gewährleistet ist, müssen frühzeitig Maßnahmen ansetzen, die die Kinder und ihre Familien unterstützen. Vor dem Hintergrund der in Deutschland bestehenden Bedingungen sollte eruiert werden, welche Optionen für Frühprävention in anderen Ländern bestehen und wo auf internationaler Ebene die einzelnen Staaten voneinander lernen können.

Das Kolloquium wurde mit ExpertInnen in kleinerer Runde durchgeführt, um ausreichenden Raum für die Erörterung verschiedener Fragestellungen zu bieten. Die Länderbeispiele sowie die Diskussionsergebnisse sollen nun einem breiteren Fachpublikum in einem Reader zugänglich gemacht werden, der im Frühjahr 2006 erscheint.

In den Artikeln werden die jeweiligen gesellschaftlichen Rahmenbedingungen, rechtlichen Regelungen, entsprechenden Professionen sowie beispielhaft spezifische Maßnahmen und Erfahrungen beschrieben. Aufgrund der Beteiligung von zwei Projekten an der Thematik wurden ExpertInnen verschiedener Berufsgruppen ausgewählt, die entweder mehr mit dem Bereich des Kinderschutzes oder mehr mit dem Bereich der Jugendkriminalitätsprävention befasst sind. Insofern bilden die Artikel nicht jeweils die gesamte Bandbreite beider Themenfelder ab, sondern liefern einen Einblick aus unterschiedlichen Perspektiven.

Zum Workshop wurden VertreterInnen aus sechs Ländern eingeladen, die in erster Linie Beispiele aus Europa präsen-

tierten, aber auch Einblick in Herangehensweisen außerhalb Europas vermitteln sollten. Vor diesem Hintergrund erfolgte die Auswahl von Großbritannien und den Niederlanden (als Länder Nord- und Westeuropas), Italien (Südeuropa), Ungarn (Osteuropa), der Türkei (als Besonderheit an der Grenze von Europa zu Asien) und Brasilien (als außereuropäisches Land). Um einen breiten internationalen Überblick zu geben, wurde überlegt, Länderbeispiele zu früher Prävention aus möglichst allen Kontinenten unter Berücksichtigung unterschiedlicher politischer Systeme einzubeziehen. Insofern fiel die erweiterte Auswahl auf folgende Länder: Kanada² (für Nordamerika), Chile (Südamerika), Finnland (Skandinavien), Südafrika (Afrika), China und Japan (zwei verschiedene politische Systeme in Asien).

Den Reader können Sie ab sofort unter der Bezugsadresse der *IKK-Nachrichten* vorbestellen. Er wird Ihnen nach Erscheinen umgehend zugesandt.

1 Weitere Informationen zur Arbeitsstelle Kinder- und Jugendkriminalitätsprävention sind u. a. auf folgender Internetseite nachzulesen:

www.dji.de/jugendkriminalitaet

2 Viele englischsprachige Publikationen (Monografien, Zeitschriften etc.), die über die USA herausgegeben wurden und werden, sind in Deutschland erhältlich oder zugänglich. Über Frühprävention in den USA ist es für die Fachöffentlichkeit möglich, Informationen zu bekommen. Aus diesem Grund wurde für Nordamerika das weniger in der Fachliteratur präsente Kanada ausgewählt.

Buchankündigung

Susanna Lillig

Praxishandbuch »Kindeswohlgefährdung nach § 1666 BGB und Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD)«

Im Frühjahr 2006 wird das Praxishandbuch »Kindeswohlgefährdung nach § 1666 BGB und Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD)« in Druckform erscheinen. Dieses Handbuch bietet Fachkräften der öffentlichen und freien Jugendhilfe in ihrer schwierigen Arbeit mit Familien, Kindern und Jugendlichen in Kindeswohlgefährdenden Situationen vielfältige Unterstützung. Es ist als übersichtliches und praxisorientiertes Nachschlagewerk konzipiert, das sich in seinem Aufbau und Inhalt an einem idealtypischen Prozess der Fallbearbeitung orientiert. Der Grundlagenteil beinhaltet den aktuellen Wissensstand zu verschiedenen Formen von Kindeswohlgefährdung, zur kindlichen Entwicklung, zur Entstehung und den Folgen von Kindeswohlgefährdung sowie zu Grundsätzen der ASD-Arbeit in Gefährdungsfällen. Im Handlungsteil werden mögliche juristische, sozialwissenschaftliche, sozialpädagogische und hilfesystembezogene Fragen zu den einzelnen Phasen der Fallbearbeitung beantwortet.

Für Einschätzungs- und Entscheidungsaufgaben, die an unterschiedlichen Stellen des Bearbeitungsprozesses wichtig sind, werden Kriterien zur Verfügung gestellt – beispielsweise für eine erste Gefährdungseinschätzung nach einer Gefährdungsmeldung, für eine Verdachtsabklärung vermuteter Gefährdungsergebnisse, für das Risiko zukünftiger Misshandlung oder Vernachlässigung oder für Erziehungsfähigkeit und Veränderungsbereitschaft von Eltern. Weiterhin werden Fragen zu angemessenen Hilfeformen für Kinder und Eltern nach Gefährdungsergebnissen wie zur Zusammenarbeit mit dem Familiengericht oder dem Umgang der ASD-Fachkräfte mit eigenen Belastungen aufgegriffen.

Ergänzend zu diesem Handbuch wurde ein computergestütztes Falldokumentationssystem für Systeme ab Windows 2000 entwickelt, das eine standardisierte, prozess- und ergebnisbezogene Dokumentation der Bearbeitung von Gefähr-

Beate Galm

Der neue § 8a SGB VIII im Rahmen des Gesetzes zur Weiterentwicklung der Kinder- und Jugendhilfe – KICK

Am 1. Oktober 2005 trat das Gesetz zur Weiterentwicklung der Kinder- und Jugendhilfe (KICK) in Kraft.

Die Novellierung des *Achten Buches Sozialgesetzbuch – Kinder- und Jugendhilfe (SGB VIII)* soll unter anderem dazu dienen, den Schutz von Kindern und Jugendlichen bei Gefahren für ihr Wohl zu verbessern. Änderungen liegen in der Konkretisierung des Schutzauftrags bei Kindeswohlgefährdung (§ 8a SGB VIII), der Neuordnung der vorläufigen Maßnahmen bei akuten Krisen (§ 42 SGB VIII), der Weiterentwicklung des Sozialdatenschutzes (§ 61 Abs. 4, § 62 Abs. 3 Nr. 3 und 4, § 64 Abs. 2 und 2a, § 65 Abs. 1 S. 1 Nr. 3 und 4 SGB VIII) sowie in Vorgaben zur persönlichen Eignung von Fachkräften (§ 72a SGB VIII).

Schicksale, wie das der kleinen Jessica, die nach jahrelangem Martyrium in der elterlichen Wohnung verhungerte, sorgen für Schlagzeilen. Wiederholt sind gegen MitarbeiterInnen der Kinder- und Jugendhilfe Strafverfahren wegen Verletzung der Garantenpflicht eingeleitet worden. Für den Gesetzgeber bestand auch vor dem Hintergrund einer längeren Fachdiskussion zur Garantenpflicht Anlass, in dem neuen § 8a den Schutzauftrag des Jugendamts zu präzisieren.

Bei gewichtigen Anhaltspunkten für eine Gefährdung des Wohls eines Kindes oder Jugendlichen muss das Jugendamt das Gefährdungsrisiko im Zusammenwirken mehrerer Fachkräfte abschätzen, was die Kenntnis der erforderlichen Informationen voraussetzt (siehe zur Datenerhebung § 62 SGB VIII). Bei der Risikoeinschätzung sind die Personensorgeberechtigten sowie das Kind oder der/die Jugendliche einzubeziehen, soweit hierdurch der wirksame Schutz des Kindes oder Jugendlichen nicht in Frage gestellt wird. Den Personensorgeberechtigten oder Erziehungsberechtigten müssen Hilfen angeboten werden, wenn das Jugendamt diese für geeignet und erforderlich hält, um Gefährdungen abzuwenden.
(Vgl. § 8a Abs. 1 SGB VIII)

In Vereinbarungen mit den Trägern von Einrichtungen und Diensten, die Leistungen nach dem SGB VIII erbringen, ist sicherzustellen, dass deren Fachkräfte den Schutzauftrag entsprechend Absatz 1 des § 8a wahrnehmen und bei der Abschätzung des Gefährdungsrisikos eine erfahrene Fachkraft hinzuziehen. Denn vielen Fachkräften fehlen die spezifischen Qualifikationen, um eine fundierte Risikoeinschätzung leisten zu können.

Verpflichtend für den gesamten Bereich der Kinder- und Jugendhilfe ist zudem das Hinwirken auf die Inanspruchnahme der erforderlichen Hilfen. Dahinter steht der sensible und anspruchsvolle Prozess, die Betroffenen für die Zusammenarbeit zu gewinnen, mit ihnen Perspektiven zu entwickeln und geeignete Hilfeformen zu implementieren. Eventuell gilt es, Hemmschwellen gegenüber dem Jugendamt bei den betroffenen Familien abzubauen.

Reichen die Hilfen nicht aus, die Gefährdungen des Kindes oder Jugendlichen abzuwenden, müssen die Fachkräfte das Jugendamt notfalls auch ohne das Einverständnis der Personensorgeberechtigten informieren.
(Vgl. § 8a Abs. 2 SGB VIII)

In Anlehnung an den ehemaligen § 50 Abs. 3 SGB VIII wird im 3. Absatz des § 8a darauf verwiesen, dass das Jugendamt das Gericht anzurufen hat, wenn es das Tätigwerden des Familiengerichts für erforderlich hält. Explizit erwähnt nun der Gesetzgeber, dass dies auch gilt, wenn die Erziehungs- und Personensorgeberechtigten nicht bereit oder in der Lage sind, an der Risikoabschätzung mitzuwirken. Diese Erweiterung begegnet Unsicherheiten der Fachkräfte, wie vorzugehen ist, wenn aufgrund der mangelnden Mitarbeit der Eltern noch keine Aussage getroffen werden kann, ob eine Kindeswohlgefährdung vorliegt. Falls es beispielsweise zur Abklärung des Gefahrenpotenzials eines Elternteils notwendig erscheint, können über eine gerichtliche Anordnung spezifische Fachleute zur Begutachtung hinzugezogen werden, etwa ÄrztInnen oder PsychotherapeutInnen.

Sollten die Fachkräfte des Jugendamts infolge der Risikoabschätzung eine schwerwiegende und dringende Gefährdung des Kindeswohls feststellen, sind sie verpflichtet, das Kind oder den Jugendlichen sofort in Obhut zu neh-

men. Die Entscheidung des Gerichts kann in dieser Situation nicht abgewartet werden.
(Vgl. § 8a Abs. 3 SGB VIII)

Zur Abwendung der Gefährdung ist es des Öfteren erforderlich, andere Leistungsträger, die Einrichtungen der Gesundheitshilfe oder die Polizei einzubeziehen. Deshalb soll das Jugendamt darauf hinwirken, dass die Personensorgeberechtigten die entsprechenden Stellen etwa zur medizinischen Abklärung und Behandlung in Anspruch nehmen. Nur wenn sofortiges Handeln notwendig ist und die Personensorgeberechtigten nicht mitwirken, schaltet das Jugendamt die zuständigen Stellen selbst ein.
(Vgl. § 8a Abs. 4 SGB VIII)

Der Gesetzgeber will das partizipative Entstehen einer vertrauensvollen, konstruktiven Zusammenarbeit von Fachkräften und Familien unterstützen als beste Voraussetzung, Gefährdungen abzuwenden. Auch für den Fall, dass dieser Prozess zunächst nicht möglich ist, schafft er vermehrt Handlungsklarheit, um das Kind oder den Jugendlichen zu schützen. Der Schutzauftrag ist für alle Träger und Einrichtungen, die Leistungen nach dem SGB VIII erbringen, konkretisiert.

Vor dem Hintergrund der neuen Gesetzgebung besteht breiter Informations-, Diskussions- und Handlungsbedarf. Die Novellierung des Gesetzes verdeutlicht das Erfordernis an Qualifikation und Kooperation, etwa in Form von Fort- und Weiterbildungen, interdisziplinären Netzwerken und Handlungsleitlinien für die entsprechenden Berufsfelder.

Ausführlichere Informationen finden sich in der nächsten Ausgabe der *IKK-Nachrichten*, in der insbesondere der § 8a SGB VIII thematisiert und diskutiert wird.

Zudem haben zahlreiche Organisationen, unter anderem das Deutsche Jugendinstitut e. V., Stellungnahmen und Informationen zum KICK verfasst, die im Internet veröffentlicht sind. Ferner lesen Sie dort die Neuregelung mit Gesetzesbegründung (www.dijuf.de/german/doc/KICKmB.pdf).

Des Weiteren sei auf den Beitrag »Präzisierung des Schutzauftrages im Recht« von Herrn Prof. Dr. Dr. h. c. Reinhard Wiesner hingewiesen (siehe www.kinderschutz-zentrum-kiel.de/pdf/wiesner.pdf) sowie auf den Artikel »Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung: Hilfreiches Recht beim Helfen« von Herrn Dr. Thomas Meysen und Frau Gila Schindler. Er ist im Heft 10/2004 der Zeitschrift *Das Jugendamt* erschienen.

Literaturempfehlungen

Bei der hier aufgeführten Literatur handelt es sich um eine Auswahl von publizierten Büchern und Artikeln im Themenbereich der Früherkennung und Frühen Hilfen. Aufgrund der Vielzahl der Veröffentlichungen wurden in erster Linie Erscheinungen ab dem Jahr 2000 berücksichtigt. Zusätzliche Literaturhinweise geben die AutorInnen vieler Beiträge in dieser Ausgabe. Grundlagenliteratur sowie weitere Publikationen im gesamten Feld »Gewalt gegen Kinder« finden Sie in unserer **Literaturdatenbank** über das Internet: www.dji.de/ikk.

Buchpublikationen

Ahnert, Lieselotte (Hrsg.):
Frühe Bindung. Entstehung und Entwicklung.
München: Reinhardt, 2004

Bowlby, John:
Frühe Bindung und kindliche Entwicklung.
München: Reinhardt, 2001

Brisch, Karl Heinz; Grossmann, Klaus E.; Grossmann, Karin et al. (Hrsg.):
Bindung und seelische Entwicklungswege. Grundlagen, Prävention und klinische Praxis.
Stuttgart: Klett-Cotta, 2002

Brisch, Karl Heinz; Hellbrügge, Theodor (Hrsg.):
Bindung und Trauma. Risiken und Schutzfaktoren für die Entwicklung von Kindern.
Stuttgart: Klett-Cotta, 2003

Browne, Kevin; Hanks, Helga; Stratton, Peter (Eds.):
Early prediction and prevention of child abuse. A handbook.
Chichester: Wiley, 2002

Cordes, Ragna:
Videogestütztes Trainingsprogramm für Risikofamilien.
Entwicklung und Erprobung eines Video-Interaktionstrainings.
Hamburg: Kovac, 2000

Deegener, Günther; Körner, Wilhelm (Hrsg.):
Kindesmisshandlung und Kindesvernachlässigung. Ein Handbuch.
Göttingen: Hogrefe, 2005

Deutsches Institut für Jugendhilfe und Familienrecht (DIJuF) e. V. (Hrsg.):
Verantwortlich handeln – Schutz und Hilfe bei Kindeswohlgefährdung.
Saarbrücker Memorandum.
Köln: Bundesanzeiger-Verl.-Ges., 2004

Dinges, Erik; Worm, Heinz-Lothar; Schmidt-Lack, Charlotte (Hrsg.):
Aggressives und gewaltbereites Verhalten kleiner Kinder.
Erklärungsansätze mit bindungstheoretischen Hintergrund.
Gießen: Köhler, 2000

Finger-Trescher, Urte; Krebs, Heinz (Hrsg.):
Bindungsstörungen und Entwicklungschancen.
Gießen: Psychosozial-Verlag, 2003

Fonagy, Peter:
Bindungstheorie und Psychoanalyse.
Stuttgart: Klett-Cotta, 2001

Fonagy, Peter; Target, Mary:
Frühe Bindung und psychische Entwicklung. Beiträge aus Psychoanalyse und Bindungsforschung.
Gießen: Psychosozial-Verlag, 2003

Gebauer, Karl; Hüther, Gerald (Hrsg.):
Kinder brauchen Wurzeln.
Neue Perspektive für eine gelingende Entwicklung.
Düsseldorf: Walter, 2001

Grossmann, Klaus E.; Grossmann, Karin:
Bindung und menschliche Entwicklung.
Stuttgart: Klett-Cotta, 2003

Grossmann, Klaus E.; Grossmann, Karin:
Bindung – das Gefüge psychischer Sicherheit.
Stuttgart: Klett-Cotta, 2004

Grossmann, Klaus E.; Grossmann, Karin; Waters, Everett (Eds.):
Attachment from infancy to adulthood. The major longitudinal studies.
New York: Guilford Press, 2005

Heiner, Maja (Hrsg.):
Diagnostik und Diagnosen in der Sozialen Arbeit – ein Handbuch.
Berlin: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge, 2004

Hopf, Christel:
Frühe Bindung und Sozialisation.
Eine Einführung.
Weinheim: Juventa-Verlag, 2005

Kerns, Kathryn A. et al. (Eds.):
Attachment in middle childhood.
New York: Guilford Press, 2005

Krüsmann, Marion;
Müller-Cyran, Andreas:
Trauma und frühe Intervention.
Möglichkeiten und Grenzen von Krisenintervention und Notfallpsychologie.
Stuttgart: Klett-Cotta, 2005

Minuchin, Patricia; Colapinto, Jorge;
Minuchin, Salvador:

Verstrickt im sozialen Netz.

Neue Lösungswege für Multiproblem-
Familien.

Heidelberg: Carl-Auer-Systeme Verlag,
2000

Osofsky, Joy D.; Fitzgerald, Hiram E. (Eds.):

**WAIMH Handbook of Infant Mental
Health.** Volume 1. Perspectives on Infant
Mental Health.

New York: Wiley, 2000

Osofsky, Joy D.; Fitzgerald, Hiram E. (Eds.):

**WAIMH Handbook of Infant Mental
Health.** Volume 2. Early Intervention,
Evaluation, and Assessment.

New York: Wiley, 2000

Osofsky, Joy D.; Fitzgerald, Hiram E. (Eds.):

**WAIMH Handbook of Infant Mental
Health.** Volume 3. Parenting and
Child Care.

New York: Wiley, 2000

Osofsky, Joy D.; Fitzgerald, Hiram E. (Eds.):

**WAIMH Handbook of Infant Mental
Health.** Volume 4. Infant Mental Health
in Groups at High Risk.

New York: Wiley, 2000

Papoušek, Mechthild; Schieche, Michael;
Wurmsler, Harald (Hrsg.):

**Regulationsstörungen der frühen
Kindheit.**

Frühe Risiken und Hilfen im
Entwicklungskontext der Eltern-Kind-
Beziehungen.

Bern: Huber, 2004

Scheuerer-Englisch, Hermann; Suess,
Gerhard J.; Pfeifer, Walter-Karl P. (Hrsg.):

Wege zur Sicherheit. Bindungswissen
in Diagnostik und Intervention.

Gießen: Psychosozial-Verlag, 2003

Schlippe, Arist von; Lösche, Gisela;
Hawellek, Christian (Hrsg.):

**Frühkindliche Lebenswelten und
Erziehungsberatung.**

Die Chancen des Anfangs.

Münster: Votum, 2001

Shonkoff, Jack P.; Meisels, Samuel J. (Eds.):

**Handbook of early childhood
intervention.**

Cambridge: Cambridge Univ. Press, 2000

Strauß, Bernhard; Buchheim, Anna;
Kächele, Horst (Hrsg.):

Klinische Bindungsforschung.

Theorien – Methoden – Ergebnisse.

Stuttgart: Schattauer, 2002

Suchodoletz, Waldemar (Hrsg.):

**Früherkennung von Entwicklungs-
störungen.** Frühdiagnostik bei
motorischen, kognitiven, sensorischen,
emotionalen und sozialen Entwicklungs-
auffälligkeiten.

Göttingen: Hogrefe, 2005

Suess, Gerhard J.; Pfeifer, Walter-Karl P.
(Hrsg.):

Frühe Hilfen. Die Anwendung von
Bindungs- und Kleinkindforschung in
Erziehung, Beratung, Therapie und
Vorbeugung.

Gießen: Psychosozial-Verlag, 1999

Suess, Gerhard J.; Scheuerer-Englisch,
Hermann; Pfeifer, Walter-Karl P. (Hrsg.):

Bindungstheorie und Familiendynamik.
Anwendung der Bindungstheorie in
Beratung und Therapie.

Gießen: Psychosozial-Verlag, 2001

Urban, Martin; Hartmann, Hans-Peter
(Hrsg.):

Bindungstheorie in der Psychiatrie.

Göttingen: Vandenhoeck + Ruprecht,
2005

Verein für Kommunalwissenschaften e.V.
(Hrsg.):

It Takes Two to Tango.

Frühe Kindheit an der Schnittstelle
zwischen Jugendhilfe und Entwicklungs-
psychologie.

Dokumentation der Fachtagung in
Kooperation mit dem Deutschen Pari-
tätischen Wohlfahrtsverband, Landesver-
band Berlin e.V., und dem Universitäts-
klinikum Ulm, Klinik für Kinder- und
Jugendpsychiatrie/Psychotherapie

vom 14. bis 16. Mai 2003 in Berlin.

Berlin: Verein für Kommunalwissen-
schaften e.V., 2004

Verein für Kommunalwissenschaften e.V.
(Hrsg.):

It Takes Two to Tango.

Konzepte und Modelle zur Früherkennung
von Entwicklungsgefährdung bei Säug-
lingen und Kleinkindern. Dokumentation
des Pre-Conference-Workshops II in
Kooperation mit dem Deutschen Paritätischen
Wohlfahrtsverband, Landesver-
band Berlin e.V., und dem Universitäts-
klinikum Ulm, Klinik für Kinder- und
Jugendpsychiatrie/Psychotherapie
am 14. Mai 2003 in Berlin.

Berlin: Verein für Kommunalwissen-
schaften e.V., 2004

Weiß, Hans (Hrsg.):

**Frühförderung von Kindern und
Familien in Armutslagen.**

München: Reinhardt, 2000

Zenz, Winfried M.; Bäcker, Korinna;
Blum-Maurice, Renate (Hrsg.):

Die vergessenen Kinder.

Vernachlässigung, Armut und Unter-
versorgung in Deutschland.

Köln: PapyRossa-Verlag, 2002

Ziegenhain, Ute; Fries, Mauri;

Bütow, Barbara et al.:

**Entwicklungspsychologische Beratung
für junge Eltern.**

Grundlagen und
Handlungskonzepte für die Jugendhilfe.

Weinheim: Juventa, 2004

Zeitschriftenartikel/ Buchaufsätze

Barth, Renate:

Präventive Konzepte für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern am Beispiel der Beratungsstelle »Menschens-Kind«.

In: Frühförderung interdisziplinär, 19, 2000, 1, S. 1–9

Blum-Maurice, Renate; Bächer, Korinna:

Chancen und Notwendigkeit früher Prävention in psychosozial belasteten Familien.

Das Projekt »Frühe Kindheit« des Kinderschutz-Zentrums Köln.

In: Frühförderung interdisziplinär, 22, 2003, 3, S. 121–127

Esser, Günter; Ihle, Wolfgang; Schmidt, Martin H. et al.:

Der Verlauf psychischer Störungen vom Kindes- zum Erwachsenenalter.

In: Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 29, 2000, 4, S. 276–283

Green, Jonathan; Goldwyn, Ruth:

Desorganisierte Bindung und Psychopathologie.

Neue Befunde der Bindungsforschung und ihre möglichen Implikationen für die Entwicklungspathologie im Kindesalter.

In: Kindesmisshandlung und -vernachlässigung, 6, 2003, 1–2, S. 126–157

Hampe-Grosser, Andreas:

Systemisches Case-Management mit Multiproblemfamilien.

In: Kleve, Heiko; Haye, Britta;

Hampe-Grosser, Andreas et al.:

Systemisches Case-Management.

Falleinschätzung und Hilfeplanung in der Sozialen Arbeit mit Einzelnen und Familien – methodische Anregungen.

Aachen: Kersting, 2003, S. 137–200

Krappmann, Lothar:

Bindungsforschung und Kinder- und Jugendhilfe –

Was haben sie einander zu bieten?

In: Neue Praxis, 31, 2001, 4, S. 338–346

Kurstjens, Sophie; Wolke, Dieter:

Postnatale und später auftretende Depressionen bei Müttern.

Prävalenz und Zusammenhänge mit obstetrischen, soziodemographischen sowie psychosozialen Faktoren.

In: Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 30, 2001, 1, S. 33–41

Laucht, Manfred; Esser, Günter; Schmidt, Martin H.:

Längsschnittforschung zur Entwicklungsepidemiologie psychischer Störungen.

Zielsetzung, Konzeption und zentrale Befunde der Mannheimer Risikokinderstudie.

In: Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 29, 2000, 4, S. 246–262

Laucht, Manfred; Esser, Günter; Schmidt, Martin H.:

Externalisierende und internalisierende Störungen in der Kindheit.

Untersuchungen zur Entwicklungspsychopathologie.

In: Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 29, 2000, 4, S. 284–292

Miller, Yvonne; Kuschel, Annett; Hahlweg, Kurt:

Frühprävention von externalisierenden Störungen.

Grundprinzipien und elternzentrierte Ansätze zur Prävention von expansiven kindlichen Verhaltensstörungen.

In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 51, 2002, 6, S. 441–453

Möhler, Eva; Resch, Franz:

Frühe Ausdrucksformen und Transmissionsmechanismen mütterlicher Traumatisierungen innerhalb der Mutter-Säuglings-Interaktion.

In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 49, 2000, 8, S. 550–562

Polowczyk, Marga; Trautmann-Villalba, Patricia; Dinter-Jörg, Monika et al.:

Auffällige Mutter-Kind-Interaktion im Vorschulalter bei Kindern mit hyperkinetischen und Sozialverhaltensauffälligkeiten.

In: Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 29, 2000, 4, S. 293–304

Suess, Gerhard J.:

Verhinderung von Gewalt und Vernachlässigung auf dem Hintergrund der Bindungstheorie.

In: Kinderschutz-Zentren (Hrsg.): Fallverstehen und Diagnostik bei Kindesvernachlässigung.

Köln: Kinderschutz-Zentren, 2002, S. 43–45

Süss-Burghart, Heinz:

Vernachlässigung und Missbrauch.

Gibt es spezifische Fähigkeitsprofile bei den betroffenen Kindern?

In: Frühförderung interdisziplinär, 21, 2002, 4, S. 145–156

Ziegenhain, Ute:

Anwendungsgebiete der Bindungstheorie.

In: Neue Praxis, 31, 2001, 5, S. 480–491

Ziegenhain, Ute; Derksen, Bärbel; Dreisörner, Ruth:

Frühe Förderung von Resilienz bei jungen Müttern und ihren Säuglingen.

In: Kindheit und Entwicklung, 13, 2004, 4, S. 226–234

Tagungen

■ **Die Anfänge der Eltern-Kind-Bindung – Schwangerschaft, Geburt und Psychotherapie**

2. bis 3. Dezember 2005
München

Veranstalter: Deutsche Akademie für Entwicklungs-Rehabilitation e.V.

Informationen:

E-Mail:

Karl-Heinz.Brisch@med.uni-muenchen.de

■ **Kommunikations- und Beziehungsdiagnostik im frühen Säuglingsalter: Zugangswege auf Interaktions- und Rehabilitationsebene**

2. bis 4. Dezember 2005
München

Veranstalter: Deutsche Akademie für Entwicklungs-Rehabilitation e.V.

Informationen:

Internet: www.daer.de

■ **Bindungen und Bindungsstörungen**

12. Dezember 2005
Würzburg

Veranstalter: Stiftung zum Wohl des Pflegekindes

Informationen:

E-Mail: 055315155@t-online.de

■ **Gesundheit und Entwicklung von Kindern in Familien und Institutionen**

Jahrestagung der Deutschen Liga für das Kind

1. bis 2. September 2006
Berlin

Veranstalter: Deutsche Liga für das Kind

Informationen:

Internet: www.liga-kind.de

■ **Kinder, Jugendliche und Gewalt**

6. Bundesfachtagung der DGgKV

19. bis 21. Oktober 2006
Bochum

Veranstalter: Deutsche Gesellschaft gegen Kindesmisshandlung und -vernachlässigung e.V.

Informationen:

E-Mail: dggkv@t-online.de

■ **Children in a Changing World: Getting It Right**

16th ISPCAN International Congress on Child Abuse and Neglect

3. bis 6. September 2006
York, England

Informationen:

E-Mail: congress2006@ispcan.org

■ **Fourth International Conference on Child and Adolescent Mental Health**

5. bis 7. Oktober 2006
Mumbai, Indien

Informationen:

Internet: www.iccamh.elsevier.com

■ **Bridging the Gaps – Integrating Perspectives in Child and Adolescent Mental Health**

25. bis 29. August 2007
Florenz, Italien

Veranstalter: European Society for Child and Adolescence Psychiatry (ESCAP)

Informationen:

E-Mail: escap2007@newtours.it

■ **Supporting Recovery from Child Abuse and Neglect: Role of Professionals, Communities and Families**

11th ISPCAN European Regional Conference on Child Abuse and Neglect

18. bis 21. November 2007
Lissabon, Portugal

Informationen:

E-Mail: euroconf2007@ispcan.org

Fort- und Weiterbildung

■ **Frühe Bindung – Schritte zu einer gelingenden Elternschaft STEEP™**

ZEPRÄ – Zentrum für Praxisentwicklung, Fakultät Soziale Arbeit und Pflege, Hochschule für angewandte Wissenschaften Hamburg

Dezember 2005 bis Dezember 2006
Tagungshaus Ratzeburg

Inhalt: Die Grundlagen von STEEP™; Kindliche Entwicklung; Bindungstheorie; Resilienz; Beratungskompetenz und Familiendynamik; Selbsterfahrungsseminare; Supervisions- und Peer-Gruppen.

Informationen:

E-Mail:

martina.stehn@sp.haw-hamburg.de

■ **Vom Säugling zum Kleinkind**

Januar bis November 2006

FH Potsdam

Inhalt: Die Fortbildungsreihe soll Fachkräften aus allen Berufsgruppen, die mit Eltern und ihren Säuglingen und Kleinkindern arbeiten, die notwendigen professionellen Kompetenzen vermitteln, die für die Eltern-Kind-Beratung erforderlich sind.

Veranstalter:

Vom Säugling zum Kleinkind

Informationen:

E-Mail: elternbe@fh-potsdam.de

■ **Frühes Leid und tiefe Störung**

27. bis 29. Januar 2006

Berlin

Inhalt: Die Erkenntnisse aus Säuglings- und Kleinkindbeobachtungen sowie aus psychoanalytischen Langzeitbehandlungen mit Kindern und Jugendlichen können dabei helfen, Kinder und Jugendliche auch dort besser zu verstehen, wo sie nicht anders als mit grellen Auffälligkeiten oder stummer Verzweiflung »reden« können.

Veranstalter: Evangelisches

Zentralinstitut für Familienberatung

Informationen:

E-Mail: Baerthel@ezi-berlin.de

■ **Erstkontakte mit Kindern – Winnicotts Squiggle-Technik in der Praxis**

10. bis 11. Februar 2006

Berlin

Inhalt: Theoretische Aspekte des »szenischen Verstehens« und Hinweise zur praktischen Durchführung des Squiggle-Spiels werden vorgestellt und im Gespräch erarbeitet. Anhand exemplarischer Fallbeispiele werden verschiedene Probleme im Erstgespräch mit Kindern illustriert und analysiert.

Veranstalter: Evangelisches

Zentralinstitut für Familienberatung

Informationen:

E-Mail: Baerthel@ezi-berlin.de

■ **Entwicklungspsychologische Beratung von Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern – ein neues Arbeitsfeld**

März 2005 bis Januar 2007

Merzig

Inhalt: Die Weiterbildung verknüpft Haltungen und Vorgehensweisen systemisch-lösungsorientierter Beratungs-

konzepte mit den Entwicklungsbesonderheiten der frühen Kindheit.

Veranstalter: Saarländische Gesellschaft für Systemische Therapie und Beratung e.V.

Informationen:

E-Mail: info@sgst.de

■ **Bindung – Bindungsstörungen – Bindungsaufbau**

4. März 2006

Köln

Inhalt: Grundannahmen der Bindungstheorie; Klassifikation der kindlichen Bindungsqualitäten; Langfristige Entwicklung früher Bindungserfahrungen; Erkennen, Unterstützen und Modifizieren von Bindungsmustern in der pädagogischen und therapeutischen Arbeit.

Veranstalter:

Kölner Institut für Kindertherapie

Informationen:

E-Mail: info@kikt.de

■ **Medizinische Diagnostik bei Kindesmisshandlung**

17. bis 18. März 2006

Ort noch unbekannt

Inhalt: Vernachlässigung; Forensik; MSBP; Intervention; Sexueller Misshandlung; Körperliche Misshandlung.

Zielgruppe: KinderärztInnen und andere medizinische Fachgruppen

Veranstalter: Deutsche Gesellschaft gegen Kindesmisshandlung und -vernachlässigung e.V. (DGgKV)

Informationen:

E-Mail: dggkv@t-online.de

■ **Hoffnungslose Fälle?**

Arbeiten mit (unmotivierten)

»Multiproblemfamilien«

12. bis 13. Juni 2006

Hannover

Inhalt: Möglichkeiten und Chancen in der Arbeit mit »Multiproblemfamilien«.

Veranstalter: Internationale Gesellschaft für erzieherische Hilfen (IGFH)

Information:

Internet: www.igfh.de

■ **Entwicklungspsychologische Beratung für junge Eltern – Beratungskonzept für die Jugendhilfe**

Termine für Blockveranstaltungen bitte erfragen.

Inhalt: Entwicklungspsychologische Grundlagen; Klinische Entwicklungspsychologie; Implementierung des Beratungs-

angebotes; Selbst- und Fremdeinschätzung der Beraterkompetenz; Praxistransfer.

Veranstalter: Fachhochschulen

Landshut, Solothurn und Braunschweig

Informationen:

E-Mail: ifwsb@fh-wolfbuettel.de

■ **Fallorientierte Weiterbildung in der Kinderschutzarbeit**

Termin und Ort auf Nachfrage

Inhalt: Aktuelle Fallbesprechungen für Fachkräfte öffentlicher und freier Träger der Jugendhilfe; Schlüsselqualifikationen und Kernkompetenzen in der kinderorientierten Hilfeplanung.

Veranstalter: Deutsche Gesellschaft gegen Kindesmisshandlung und -vernachlässigung e.V. (DGgKV)

Informationen:

E-Mail: dggkv@t-online.de

Weitere Veranstaltungen im Bereich Kindesmisshandlung/Kindesvernachlässigung finden Sie laufend aktualisiert auf unserer Homepage unter **www.dji.de/ikk**

Sie können die *IKK-Nachrichten* auch online bestellen. Auf der Homepage des IKK www.dji.de/ikk führt ein Link direkt zum Bestellformular der *IKK-Nachrichten*. Ferner können Sie Adressänderungen und Nachbestellungen der *IKK-Nachrichten* an das IKK senden.

Impressum

Herausgeber und Erscheinungsort:

**Informationszentrum
Kindesmisshandlung /
Kindesvernachlässigung (IKK)**
Deutsches Jugendinstitut e.V.
Nockherstraße 2
81541 München
Telefon: 089/62306-0
Internet: www.dji.de

ViSdP: Prof. Dr. Thomas Rauschenbach

Redaktion: Beate Galm

Bezug: Anet Holzweg 089/62306-229
Fax: 089/62306-162
E-Mail: ikk@dji.de
Internet: www.dji.de/ikk

Gestaltung und Satz: Susanne Topitsch, Nebe+Topitsch Design
www.nebe-topitsch.de

Druck: Offsetdruckerei Richard Rothe

Die *IKK-Nachrichten* erscheinen in unregelmäßigen Abständen. Sie können kostenlos bei der Redaktion schriftlich oder direkt online angefordert werden. Namentlich gezeichnete Beiträge geben die Meinung der AutorInnen wieder. Nachdruck unter Quellenangabe und gegen Belegexemplar gestattet.

Der **Zwölfte Kinder- und Jugendbericht** wurde am 25. August 2005 von Bundesministerin Renate Schmidt und dem Vorsitzenden der Sachverständigenkommission, Prof. Dr. Thomas Rauschenbach, auf einer Bundespressekonferenz in Berlin der Öffentlichkeit vorgestellt. Der Bericht zum Thema *Bildung, Betreuung und Erziehung vor und neben der Schule* ist auf der Homepage des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend unter www.bmfsfj.de/doku/kjb/ einzusehen.

Die folgenden **Expertisenbände** wurden von der Sachverständigenkommission herausgegeben und können über die DJI-Homepage www.dji.de bestellt werden:

- Band 1: *Bildung, Betreuung und Erziehung von Kindern unter sechs Jahren*
- Band 2: *Entwicklungspotenziale institutioneller Angebote im Elementarbereich*
- Band 3: *Kompetenzerwerb von Kindern und Jugendlichen im Schulalter*
- Band 4: *Kooperationen zwischen Jugendhilfe und Schule*

Das IKK

ist eine bundesweite, interdisziplinäre Informations-, Beratungs- und Vernetzungsstelle zur Unterstützung der primären, sekundären und tertiären Prävention von Kindesmisshandlung und Kindesvernachlässigung. Als nationale wie internationale Schnittstelle zwischen Forschung, Praxis und Politik fördert es die Transparenz und produktive Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Fachbereichen.

Wir, Ihr IKK-Team, erschließen vielfältige Informationen und bringen wichtige Praxiserfahrungen und Forschungsergebnisse in wechselseitige Verbindung. Mit dem Ziel einer bedarfsorientierten Weiterentwicklung der Präventionsarbeit zum Schutz der Kinder vor Gewalt geben wir Anstoß zu innovativen Handlungsansätzen, die auf umfassenden interdisziplinären Erkenntnissen beruhen. Wir unterstützen qualifizierte Praxisarbeit und regen praxisrelevante Forschungsansätze an.

Das Informationszentrum ist am Deutschen Jugendinstitut e.V. angesiedelt und wird vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend finanziert.

Unser Angebot richtet sich an alle Personen- und Berufsgruppen, die direkt oder indirekt zur Prävention von Kindesmisshandlung und -vernachlässigung beitragen. Es kann kostenlos in Anspruch genommen werden.

Für Anfragen stehen wir Ihnen als interdisziplinäres Team gerne zur Verfügung.

Angebot

Informationen über

- Institutionen, Einrichtungen, (Modell-)Projekte, Programme
- Tagungen, Fachveranstaltungen, Fort- und Weiterbildungen
- ReferentInnen, ExpertInnen
- Multiprofessionelle Netzwerke
- Studienergebnisse, Forschungsansätze
- Fachliteratur

Wissenschaftliche Beratung bei

- Entwicklung bedarfsorientierter innovativer Ansätze und Programme
- (Modell-)Projektkonzeptionen
- Entwicklung von Fachstandards und Qualitätsmerkmalen
- Entwicklung innovativer Forschungsansätze
- Allgemeinen Fachanfragen

Vernetzung

- Punktuelle Vernetzung
- Laufende Kooperation mit Fachstellen, Institutionen, Organisationen
- Mitarbeit in interdisziplinären Netzwerken

Veranstaltung von

- Tagungen
- Workshops
- Fortbildungen
- ExpertInnentreffen

Veröffentlichung von

- IKK-Nachrichten
- Fachartikeln
- Expertisen
- Kommentierten Bibliografien
- Readern
- Handbüchern

IKK-Homepage

- Fachinformationen zum Themenbereich
- Literaturdatenbank
- Datenbank PraxiPro-IKK – Praxisprojekte zur Prävention von Gewalt gegen Kinder
- Internationaler Veranstaltungskalender auf der IKK-Homepage
- Adressen von Institutionen und Organisationen



Deutsches
Jugendinstitut

Team

Beate Galm

Wissenschaftliche Referentin
Telefon: 0 89/6 23 06-238
E-Mail: galm@dji.de

Sabine Herzig

Wissenschaftliche Referentin
Telefon: 0 89/6 23 06-102
E-Mail: herzig@dji.de

Susanna Lillig

Wissenschaftliche Referentin
Telefon: 0 89/6 23 06-184
E-Mail: lillig@dji.de

Helga Menne

Dokumentarin
Telefon: 0 89/6 23 06-105
E-Mail: menne@dji.de

Anet Holzwig

Sachbearbeiterin
Telefon: 0 89/6 23 06-229
E-Mail: holzwig@dji.de



Informationszentrum
Kindesmisshandlung /
Kindesvernachlässigung

www.dji.de/ikk