

Das Gesamtkonzept

Stand 2019



**Stationäre Facheinrichtung
Hilfe für gewaltgeschädigte Kinder**

Kooperation in Berlin mit:



**KJHV Berlin-Brandenburg
KJSH Stiftung**

I Einleitung

1. Das KiD-Gesamtkonzept

Ziel des KiD-Gesamtkonzeptes ist es, gewaltgeschädigten Kindern und ihren Familien ein differenziertes, auf ihre individuelle Lebens- und Leidensgeschichte ausgerichtetes diagnostisch/therapeutisches Hilfsangebot anzubieten.

Ein Kind, dessen Leben aufgrund verschiedener Gewalterfahrungen in eine existenzielle Krise geraten ist und bei dem ambulante Angebote nicht ausreichend sind, benötigt fachspezifische Hilfe an einem vorübergehend extra-familialen Lebensort. Diesen Ort bietet das KiD mit seiner stationären diagnostisch/therapeutischen Krisengruppe. Im Zeitrahmen von ca. sechs Monaten wird eine umfassende, spezialisierte Diagnostik des Kindes, unter Berücksichtigung seines Entwicklungszustandes, seiner Symptome und Verhaltensauffälligkeiten und seiner bestehenden Problematik im Rahmen der Familie sowie seiner Ressourcen erstellt.

Das KiD-Gesamtkonzept beinhaltet zusätzlich die Option einer Anschlussversorgung, entweder in Form von Kooperationen oder in selber Trägerschaft. Hier sollen multipel traumatisierte und entwicklungsgeschädigte Kinder leben und ein Zuhause finden können, das sich an ihren individuellen Bedürfnissen orientiert, sowie Kinder, bei denen eine Rückkehr nach Hause möglich, aber noch zu früh erscheint, ein spezialisiertes, umfassendes Behandlungsangebot erhalten.

2. Grundverständnis unserer Arbeit

Die Chance in der Krise

Kinder, die im KiD aufgenommen werden, befinden sich in einer Lebenskrise, die in aller Regel einhergeht mit einer Krise der Eltern und einer Krise im Helfersystem. Dieser Dynamik widmen wir uns.

Um die komplexen kindlichen Probleme in ihren familialen Verstrickungen begreifen zu können, bedarf es zunächst einer Entzerrung von Kind und Familie. Über den Weg einer kurzzeitigen Trennung voneinander eröffnen sich nicht nur dem Diagnostiker und den Helfern, sondern auch der Familie und insbesondere dem Kind verstehende und erkenntnisbildende Zugänge für die schwierige Situation. Erst aus der gesicherten Distanz heraus können Einsichten entstehen, die zu Klärungsprozessen führen. So verstehen und verwenden wir bewusst den Begriff Krise, der mit seiner ursprünglich griechischen Wortbedeutung „Entscheidung“ und „Wendepunkt“ eine wichtige und zu nutzende Lebensphase umschreibt.

Lebenskrisen, die auch für die Kinder einhergehen mit Sinnkrisen, bergen hinter ihren spezifischen Schwierigkeiten gerade die Chance, einem destruktiven Kreislauf zu entrinnen. Der Aufenthalt im KiD geht einher mit der oft quälenden Rückbesinnung auf stattgefundene Erlebnisse, mit der Konfrontation und Wiederbelebung schmerzhafter Gefühle, Entlastung, Klärung und dem Finden einer neuen Perspektive.

Das Wissen um die Bedeutung von Gesetzmäßigkeiten in der Krise schärft den Blick für diesen Lebensübergang und lässt die Helfer, die Familie und das betroffene Kind nach Strategien suchen, mit denen diese Zeit im Sinne einer Reifung bewältigt werden kann.

Zur Arbeit mit gewaltgeschädigten Kindern

Das folgenreiche Syndrom von Vernachlässigung und Deprivation und die psychische, physische und sexuelle Misshandlung umfassen Gewaltformen, die insbesondere die Seele des Kindes verwunden und seine Integrität bedrohen.

Der kindliche Entwicklungsweg wird vor allem dann tiefgreifend gestört, wenn die Gewalterfahrung andauernd und vor allem auch untrennbarer Bestandteil des Alltagserlebens ist, also Gewalthandlungen den Wachstumsprozess des Kindes begleiten. Irritiert und gefährdet in seinem natürlichen Bedürfnis nach Schutz und Entwicklung beginnt das Kind in seiner Not, seine Kräfte darauf auszurichten, sein Leben zu sichern, sich anzupassen, seine Ängste zu kontrollieren oder zu verbannen und sein Selbst mit dem ihm zur Verfügung stehenden Potenzial zu schützen.

Die Kinder in ihrer Abhängigkeit von den jeweiligen Persönlichkeiten und Affektmustern ihrer Kernbezugspersonen (das sind primär die leiblichen oder sozialen Eltern, aber auch bei einer bereits vorab bestehenden Unterbringung ggf. die Bezugsbetreuer) reagieren auf ihre individuelle Weise. Ihre zu Tage tretenden Störungsbilder sind Abbild ihrer Lebensgeschichte, ihrer psychischen Erfahrungen und Konflikte. Sie beinhalten auch die kindlichen Lösungswege, mit denen sie versuchen, den schwierigen, oft wechselnden äußeren und inneren Bedingungen Stand zu halten. In ihrem Anpassungsbemühen entwickeln sie Abwehrmechanismen und Symptome der verschiedensten Art. Das ermöglicht ihnen kurzfristig Entlastung und auch eine gewisse Kontrolle, langfristig wirkt es sich aber in der Regel zerstörerisch bzw. selbstzerstörerisch auf die kindliche Psyche aus.

Ihre Auffälligkeiten, ihr emotionaler und sozialer Rückzug oder ihr lärmendes Aufbegehren sind als Botschaft an die Außenwelt zu verstehen und haben damit Signalfunktion.

Ein sich Einlassen und Einsteigen in die Welt traumatisierter Kinder ist unerlässlich, will man Heilungsvorgänge initiieren. Von grundsätzlicher Bedeutung ist, dass sich die Kinder sowohl in ihrer Not und ihrem Schmerz als auch in ihrer spezifischen Beziehungsproblematik, ihrem beziehungs-dynamischen Verflechtungen und existentiellen Abhängigkeiten verstanden fühlen.

Es kommt darauf an, dass die Kinder sich mit ihrer Not, ihrem Schmerz einerseits und ihrer Beziehungsproblematik andererseits verstanden fühlen. Um den verhängnisvollen Kreislauf von Gewalterfahrungen zu durchbrechen, ist es erforderlich, dass die Kinder in ihrem Leid verstehend, d.h. auch entschlüsselnd begleitet werden, damit sie nicht erneut allein bleiben mit ihrer Hilflosigkeit und Ohnmacht und ihrem Leid.

Im KiD gilt den Kindern, die früh multipler Gewalt ausgesetzt waren, ein besonders fachkundiges Augenmerk. Das ganzheitliche Wissen um ursächliche Zusammenhänge bildet die Basis für eine differenzierte Exploration der individuellen Entstehungs- und Entwicklungsgeschichte der kindlichen Störungsbilder. Das folgenreiche Syndrom von Vernachlässigung und Deprivation geht zunächst mit einer umfänglichen Schwächung bindender Kräfte einher.

Die Ein- und Auswirkungen psychischer, physischer und sexueller Misshandlung, insbesondere wenn sie mit Deprivationserleben einhergehen, zerstören bindende Strukturen, der mangelnde Schutz macht eine unbelastete sichere Bindung nicht möglich. Das Kind in seinem Angewiesen Sein auf seine Primärpersonen versucht verzweifelt, seine innerpsychischen Bilder von liebenden Eltern mit denen der schädigenden oder nicht schützenden Eltern übereinander zu legen und entwickelt in der Folge dysfunktionale Bindungsstrukturen. Zudem hinterlässt das frühe Erleben fortgesetzter „emotionaler Obdachlosigkeit“ im Kind ein existentielles Verlassenheitsgefühl und gravierende emotionale Verwahrlosungsspuren.

Insbesondere Kinder, die in ihrer frühen Entwicklung Gewalt und/oder sexuellem Missbrauch ausgesetzt sind, können das traumatische Geschehen in seiner Bedeutung nicht verstehen und so greifen sie in ihrer Erklärungsnot zur Anerkennung von Verursachung und Schuld. Zudem, überwältigt von Ohnmacht, Angst und Schmerz, betäuben sie sich, nehmen sich aus der Realität, beginnen ihren Schmerz zu verneinen und verkehren ihr Fühlen ins Gegenteil. So wird Leid allzu leicht in Lust verwandelt. Die Erfahrung zeigt, dass aus lang andauerndem, passiv leidvollem

Erleben sukzessive und sich steigernd aktiv destruktives Handeln werden kann, nach innen, gegen sich selbst sowie nach außen, gegen die anderen gerichtet.

Um einer solchen Chronifizierung von Fehlentwicklungen mit den bekannten fatalen persönlichkeitsstrukturellen und gesellschaftlichen Folgen entgegen zu wirken, bedarf es der möglichst frühen diagnostischen Aufmerksamkeit und therapeutischen Behandlung. Dies ist zudem Prophylaxe im besten Sinne.

Wir begreifen die seelischen Störungen der Kinder als eine innere und äußere Konfliktlage, an deren Zustandekommen und Aufrechterhaltung soziale Prozesse (Familienmitglieder, soziales Umfeld, gesellschaftliche Bedingungen etc.) maßgeblich beteiligt sind. Das Eruiere von stattgefundenen Gewalthandlungen muss bei der Beurteilung der Problematik des Kindes eingebettet sein in die Betrachtung des gesamten Entwicklungsverlaufs sowie den gesamtpsychischen Status des Kindes unter Berücksichtigung des familialen und sozialen Kontextes. Bei der diagnostischen Einschätzung der vielfältigen Auffälligkeiten der Kinder gilt es zu differenzieren, ob es sich primär um eine auf das Trauma bezogene reaktive Störung oder/und um ein anderes Störungsbild handelt. Allzu häufig treffen wir jedoch auf multipel geschädigte Kinder. Die verschiedensten Entwicklungshemmungen stammen aus sich wechselseitig bedingenden Quellen, da das gesamte bisherige Leben dieser Kinder im Konfliktfeld von Entbehrung, Missachtung und Misshandlung stand. So ist insbesondere im Rahmen einer Diagnostik von multipel gewaltgeschädigten Kindern eine differenzierte Ätiologie unabdingbare Voraussetzung für wegweisende Erkenntnisprozesse.

Damit Hilfe bei diesen Kindern greifen kann, müssen die pathologisch verwobenen Strukturen gelockert und erkennbar gemacht werden. Dieser Prozess führt die Kinder zu existentiellsten Ängsten, vor denen sie mit aller Macht und Kraft fliehen. Deshalb bedarf es eines besonders geschützten Rahmens und eines fachlich spezialisierten multiprofessionellen Teams, wie es das KiD bietet. Über die interdisziplinäre Zusammenarbeit vor Ort hinaus kooperiert das KiD eng mit den verschiedensten Fachstellen und Mitarbeitern aus allen Bereichen des Kinderschutzes, Fachärzten etc.

Das in aller Regel vorgefundene komplexe Syndrom und die damit einhergehende dynamisch-familiale Verflochtenheit erfordern eine ganzheitliche, psychodynamische Verstehensweise, fachbezogene Kompetenz, spezielle Behandlungsmethoden und langjährige Erfahrung.

Handlungsleitend sind für uns primär Theorieansätze und Methoden aus Bereichen der Psychoanalyse, der Psychotraumatologie, der Tiefenpsychologie und der Systemtheorie.

Um der Komplexität von Ursache und Wirkung der Gewalt begegnen zu können, bedarf es der Zusammenarbeit verschiedener Fachbereiche der Psychologie, der Heilpädagogik, der Sozialpädagogik/-arbeit und der Soziologie.

Die durch Medizin (speziell Pädiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Neurologie und Kindergynäkologie) erweiterte Kompetenz und der daran geknüpfte erweiterte interdisziplinäre Austausch verbreitern die Basis für eine differenzierte Diagnostik.

II. Diagnostisch/therapeutische Arbeit in der Krisengruppe

1. Aufnahmekriterien

In der diagnostisch/therapeutischen Krisengruppe leben für einen begrenzten Zeitraum von ca. 6 Monaten 10 bis 12 Kinder (Mädchen und Jungen) im Alter von ca. 4 bis 12 Jahren.

Aufnahme finden:

Kinder, bei denen ein diagnostischer Bedarf zur Abklärung möglicher Gewalterfahrungen besteht

Kinder, bei denen unmittelbarer Schutz und fachliche Hilfe erforderlich sind

Kinder, bei denen ambulante Hilfen nicht greifen konnten oder sich als nicht ausreichend erweisen

Kinder, deren bisheriges, von Vernachlässigung und/oder Deprivation und/oder seelischer, körperlicher und sexueller Gewalt bestimmtes Leben einer veränderten Perspektive bedarf, bei denen es um die Suche nach einem individuell ausgerichteten Lebens- und Heilungsweg geht.

Aufgrund umfassender Gewaltschädigungen ergeben sich vielfältige Verhaltensauffälligkeiten und Symptome. Dazu gehören insbesondere:

- Einnässen
- Einkoten/Schmierer
- Einschlafstörungen
- Durchschlafstörungen
- Alpträume
- Auffälliges Essverhalten
- Somatoforme Beschwerden
- Starke Erregungszustände
- Impulsivität bzw. Unfähigkeit in Erregungszuständen Handlungen zu kontrollieren
- Motorische Unruhe
- Hyperaktivität
- Konzentrationsschwierigkeiten/Aufmerksamkeitsprobleme
- Hyperreaktivität
- Hypervigilanz
- Starke Stimmungsschwankungen/-einbrüche
- Aggressive Verhaltensweisen
- Selbstverletzende/Selbstgefährdende Verhaltensweisen
- Distanzloses Verhalten
- Emotionaler Rückzug
- Sozialer Rückzug
- Ritualisierte Verhaltensweisen/Zwangshandlungen
- Sexualisierte Verhaltensweisen
- Starkes Kontrollbedürfnis
- Weglaufen
- Stehlen
- Ängste/Vermeidungsverhalten
- Auffälligkeiten in der Kontaktgestaltung
- Auffälligkeiten im Bindungsverhalten
- Auffälligkeiten bzgl. der Rolle in der Gruppe
- Auffälligkeiten im Umgang mit Regeln und Strukturen
- Stand/Ausgeprägtheit der Entwicklungs-/Veränderungsfähigkeit/-bereitschaft
- etc.

Daraus ergeben sich Störungsbilder wie etwa:

- Angststörungen (generalisierte und spezifische Ängste)
- Anpassungsstörungen
- Posttraumatische Belastungsstörungen
- Dissoziationsstörungen
- Verhaltens- und emotionale Störungen (u.a. Störung des Sozialverhaltens, Aggressivität)
- Affektive Störungen (u.a. depressive Entwicklung, Instabilität der Stimmungen)
- Bindungs- und Beziehungsstörungen
- Störungen der Persönlichkeitsentwicklung (u.a. Kinder mit bereits erkennbaren narzisstischen, borderlinespezifischen, dissozialen und schizoiden Persönlichkeitsmerkmalen)
- Psychosexuelle Störungen (u.a. Störung der Geschlechtsidentität, Störungen des Sexualverhaltens und der Sexualpräferenz)
- Entwicklungsstörungen (u.a. im Bereich der Sprache, der Motorik, der Leistung)
- Psychosomatische Störungen (u.a. Enuresis, Enkopresis, Essstörungen, Haut- und Atemwegsbefunde)
- etc.

Die Erfahrung zeigt, dass diese Kinder insbesondere in Krisensituationen in Zustände mit präpsychotischer Symptomatik und/oder Depersonalisations- und Derealisationsercheinungen geraten können. Deswegen müssen diese Symptome nicht zwangsläufig als Ausschlusskriterien gewertet werden.

Nicht aufgenommen werden Kinder mit Krankheitsbildern, die eine klinische kinderpsychiatrische Behandlung erfordern, wie beispielsweise solche mit einer kindlichen Psychose, oder einer schweren geistigen oder körperlichen Behinderung, die besondere Umgebungsbedingungen erfordern.

2. Die pädagogische Arbeit in der Krisengruppe: Konzept - Struktur – Milieu

Die pädagogische Arbeit mit den Kindern

Die pädagogische Arbeit in der Gruppe erfordert ein therapeutisches Grundverständnis, ohne selbst Therapie im engeren Sinne zu sein. Die Kinder erfahren im strukturierten Miteinander der Gruppe viel über Achtsamkeit und den Umgang mit Grenzen.

Die große Bedeutung, die die Kinder dem Leben in der Gruppe geben, drückt zum einen ihr elementares Schutzbedürfnis, zum anderen ihre Sehnsucht nach liebevollen, sie achtenden und beachtenden sowie verlässlichen Beziehungserfahrungen, vor allem aber auch ihren Wunsch nach Normalität aus.

Der stationäre Alltag der pädagogischen Krisengruppe sichert den Kindern für eine ausreichend lange, aber begrenzte Zeit einen Schutzraum, in dem sie Halt und Orientierung erleben, um den Weg zu sich selbst zu wagen. Somit ist die Erfahrung in der pädagogischen Krisengruppe im KiD sowohl diagnostisch bedeutsam als auch therapeutisch wirksam.

In der Sicherheit bietenden, KiD-internen Lebenswelt erfahren die Kinder, dass ihre Symptome gesehen und verstanden werden wollen. Dies schafft die Voraussetzung dafür, dass die Kinder für ihre Gefühle wie Angst, Wut, Ekel, Minderwertigkeit, Einsamkeit und Trauer sowie für Zustände von Getriebenheit, Aggression, Destruktivität, Depressivität, Leistungsversagen, Lustlosigkeit, Dissozialität, Isolation und Verkümmern oder für ihre psychosomatischen Ausdrucksformen wie Einnässen, Einkoten, Asthma, Ekzeme etc. Worte finden, um nicht weiterhin Zuflucht zur Symptomssprache suchen zu müssen.

Im Gruppengeschehen dürfen verzagte und tosende Affekte ihren Platz haben, dort dürfen, wenn auch unter der Eindeutigkeit von gemeinschaftlichen Regeln, Symptome gelebt werden. Das kann mitunter eine für alle Beteiligten anstrengende, gewaltgeladene oder sexualisierte Atmosphäre mit sich bringen. Hier im KiD stellen sich die Pädagogen dieser planvoll und strukturiert begleiteten Friedlosigkeit, die in den Kindern wohnt. Diese von Pädagogen begleitete und gehaltene Abfuhr von Aggressions- und Destruktionsimpulsen wirkt kathartisch für das Kind und lässt die hinter der Wut und dem Hass verschütteten Gefühle von Angst, Verlassenheit und mangelnder Liebeserfahrung, aber vor allem auch die vielfältigen Ressourcen, die in den Kindern verborgen liegen, erkennbar werden. Diese Erfahrung bietet die Chance, in den Kindern Kräfte von Zuversicht, Lebensfreude und Dankbarkeit wachzurufen, die für alle Beteiligten als bedeutsame und bewegende Momente erlebt werden und die das Gruppenklima heilsam beeinflussen.

Ebenso müssen die sexualisierten Impulse der Kinder, hervorgerufen durch eigene erlebte Grenzüberschreitungen an ihnen, von und durch die Pädagogen gesehen und achtsam geregelt werden.

Aufgrund der schweren Störungen, Auffälligkeiten und heftigen Krisen dieser Kinder und ihrer Familien stoßen alle Mitarbeiter auch an ihre eigenen Grenzen. Der Austausch im Team, eine regelmäßige Fallberatung, Supervision und Fortbildung, die gegenseitige Unterstützung im Sinne der Psychohygiene und insbesondere die Bereitschaft und Fähigkeit zu kritischer Selbstreflexion sind daher unumgänglich und fester Bestandteil des KiD-Konzeptes.

Neben den vielen neuen Beziehungserfahrungen, die das Kind im KiD macht - bedeutsam in vieler Hinsicht auch die der Kinder untereinander - kommt der Mentorenschaft eine wichtige Bedeutung zu. Das Kind erlebt vor allem seinen Mentor als eine auf sich bezogene verlässliche Vertrauensperson, die mit spezieller Verantwortlichkeit seine Sorgen, Ängste und Probleme in den Blick nimmt, seine Ressourcen hervorhebt, es fokussiert im pädagogischen Alltag beobachtet, begleitet und unterstützt. Hilfreich für die Kinder im KiD ist die alltäglich wiederkehrende Erfahrung eines geleiteten und begleiteten Tagesrhythmus und einer verlässlichen Tagesstruktur mit viel Raum für Konfliktklärung, Spannungsbewältigung, Trauer, Trösten, Freude und Spaß.

Die Arbeit mit den Eltern oder sonstigen wichtigen Bezugspersonen – Kontakte, Besuche, ggf. Familientage

Der wöchentlich stattfindende Besuchstag, an dem sich Eltern (oder Bezugspersonen) und Kind begegnen, ist aus verschiedensten Blickwinkeln von großer Bedeutung. Zunächst sind es die großen gegenseitigen Beziehungssehnsüchte, die im Vordergrund stehen und ihren Ausdruck finden. Bei der zentralen Frage, wer das Kind besucht und wie die Kontakte gestaltet werden, ist eine sorgfältige Planung und Überprüfung von Nöten. Dabei steht das Kind mit seinen in aller Regel hoch ambivalenten Bedürfnissen nach Beziehung, Bindung und Schutz, die sich oftmals während des Aufenthalts im KiD ausdifferenzieren, im Fokus. Nach anfänglich begleiteten Besuchen sowie einer daraus folgenden Einschätzung können Bezugspersonen/Eltern und Kind in einem offenen Rahmen aufeinandertreffen und jeweils ihre Zeit vor Ort oder außerhalb der Einrichtung gestalten. Oft suchen Eltern/Bezugspersonen, aber auch die Kinder während dieser Zeit den Kontakt zu den Pädagogen und fordern Unterstützung bei der Gestaltung der Kontakte ein. Beobachtungen des Beziehungs- und Bindungsverhaltens zwischen Eltern/Bezugspersonen und Kind sowie deren Kontaktgestaltung liefern wichtige, diagnostisch relevante Erkenntnisse. Mit Hilfe von Pädagogen, die bei Bedarf intervenieren, können Eltern/Bezugspersonen modellhaft lernen, d.h. alternative Erziehungs- und Umgangsweisen und insbesondere auch angemessene Konfliktlösungsstrategien erlernen. Die Pädagogen sind sorgfältig darauf bedacht, dass der Besuchskontakt regelmäßig stattfindet und die Besuchszeiten eingehalten werden. Auch hier ist die Erfahrung von Verlässlichkeit und Struktur im Alltag ein wesentlicher und sichtbarer Entwicklungs- und Entlastungsfaktor für das Kind. Das Kind gewinnt zudem Sicherheit in den Kontakten, auch durch die Beobachtung und Begleitung durch die Pädagogen, und kann bei Bedarf geschützt werden, beispielsweise indem bestimmte nicht kindgerechte Themen oder neuerliche Grenzüberschreitungen angesprochen und bei Bedarf unterbunden werden können. Darüber hinaus bieten diese Besuchsnachmittage die Möglichkeit, die im Rahmen der Elternarbeit erarbeiteten, veränderten Zugänge zu sich selbst und dem Kind zu erproben und zu reflektieren.

An optionalen Familientagen, die in regelmäßigen größeren Abständen angeboten werden, können die neu gewonnenen Erfahrungen der Eltern in der Begegnung mit dem Kind durch eine organisierte Gestaltung genutzt und reflektiert werden. Neben gemeinschaftlichen Aktivitäten wie Ausflügen, Werk- und Bastelangeboten, gemeinsamen Mahlzeiten und Spielen etc. ist auch eine „Großgruppenkonferenz“ möglich, an der Kinder, Eltern, Pädagogen und Therapeuten teilnehmen. Bei dieser Zusammenkunft können vorher festgelegte, oft aktuelle Themen diskutiert und geklärt werden.

3. Diagnostisch/therapeutischer Prozess

Der gesamte diagnostisch/therapeutische Prozess im KiD basiert auf einem intensiven Austausch und dem wechselseitigen Ineinandewirken von psychologischen und pädagogischen Erkenntnissen. So werden die umfangreichen psychodiagnostischen Ergebnisse zum einen durch kompetente Beobachtungen im Rahmen des Gruppengeschehens bereichert, zum anderen durch die in den verschiedenen therapeutischen Prozessen von Kind und Familie gewonnenen Erkenntnisse verfeinert. Dabei liegt der Fokus, neben dem zentralen Blick auf entwicklungsbeeinträchtigende Faktoren, auf der Wahrnehmung und Stärkung vorhandener Ressourcen im Kind und seiner Familie.

3.1. Ergebnisse der psychologischen Untersuchung

3.1.1 Anamneseerhebung von Kind und Eltern

Die Beurteilung der Gesamtproblematik des Kindes bedarf unter Berücksichtigung familialer Bezüge der genauen Analyse des gesamten bisherigen Entwicklungsverlaufes des Kindes, seiner spezifischen Entwicklungshemmungen und -defizite und einer fachlichen Exploration der erfahrenen Gewalthandlungen sowie Kenntnisse der jeweiligen Lebensgeschichte der Eltern und deren psychischen Strukturen, wobei ein verschärfter Blick auch auf intergenerative Zusammenhänge gerichtet wird (Spirale der Gewalt). All dies bildet die Basis für ein umfassendes Verständnis der Psychogenese des Kindes. Diese beinhaltet das Ganze der biographischen und sozialen Bedingungen und Komponenten, die durch ihren Einfluss auf die Persönlichkeitsentwicklung zur Bildung bestimmter intrapsychischer Strukturen und zu daraus resultierenden psychodynamischen Mustern führen.

3.1.2 Psychodynamischer Erstbefund des Kindes

Kurz nach der Aufnahme des Kindes im KiD wird ein diagnostischer Erstbefund über das Gesamterscheinungsbild und den aktuell vorgefundenen psychischen Status des Kindes erstellt. Dies geschieht auf der Basis kinderanalytischer, psychodynamischer und familiensystemischer Erkenntnisse sowie langjähriger Erfahrungen. Im Gespräch mit dem Kind über sich, sein bisheriges Leben und seine Bezugspersonen liegt dabei der Fokus auf den Wirkkräften, die spezifische innerseelische Vorgänge im Kind initiiert haben. Es geht darum, welche psychischen Verarbeitungsformen sich unter dem Einfluss äußerer und innerer, positiver und negativer, vor allem traumatischer Faktoren im Kind abgebildet und seine psychische und kognitive Struktur geprägt haben. Dieser erste tiefendiagnostische Blick auf das Kind dient übergeordnet als Matrix für das weitere differentialdiagnostische Prozedere.

3.1.3 Psychodiagnostik des Kindes

Zur Diagnoseerstellung bedarf es eines schlüssigen Erkennens des Zusammenhanges zwischen dem sich zeigenden kindlichen Persönlichkeitsbild, der zugehörigen, die Krise auslösenden Lebenssituation und den vorliegenden Auffälligkeiten und Symptomen des Kindes. Es sollen Kenntnisse über die intellektuellen Fähigkeiten des Kindes ebenso wie zu den vorliegenden Bindungsstrukturen, relevanten Persönlichkeitsaspekten, psychischen Teilbereichen (wie der emotionalen Verfassung, etwaigen Traumafolgesymptomen etc.) sowie auch zur kindlichen Sicht auf die Familiensituation gewonnen werden.

Die vielschichtige psychodiagnostische Untersuchung basiert zum einen auf einer altersbezogenen

Lern- und Leistungsdiagnostik. Die Bewertung der Fähig- und Fertigkeiten, Interessen, Motivation und Kenntnisse insbesondere von multipel geschädigten Kindern bedarf einer besonders geschulten und sensiblen Herangehensweise, will man die oftmals hinter Schutzmechanismen (z.B. Flucht in die Pseudo-Debilität) verborgenen Möglichkeiten des Kindes erkennen. Zum anderen kommen zur Erfassung der Gesamtpersönlichkeit des Kindes neben der Kontakt- und Beziehungsdiagnostik, der für eine möglichst umfassende und zuverlässige Aussage große Bedeutung zukommt, weitere Ansätze zum Einsatz. Neben dem freien, ungeleiteten Spiel und Gespräch finden insbesondere projektive sowie quantitativ ausgerichtete und fragebogenbasierte Verfahren Anwendung. Mit ihrer Hilfe bringt das Kind seine eigene, innere Welt, seine Gefühle, Stimmungen, Haltungen und Bedrängnisse etc. zum Ausdruck, was der Erfassung seines Entwicklungsstandes, seiner psychischen Struktur, seiner Affekt- und Konfliktlage und seiner benutzten Abwehrmechanismen dient.

3.1.4 Traumaspezifische Diagnostik des Kindes

Diagnostik bei Verdacht auf seelische, körperliche und/oder sexuelle Misshandlung ist ein festes Grundelement unserer Arbeit und beinhaltet weit mehr als das Ermitteln und Feststellen von „Tat“-Sachen. Es geht um die Schaffung eines atmosphärischen Raumes für das Kind, in dem es sich einem neutralen und zugleich angstfrei verstehenden Untersucher gegenüber sieht und dem es sich anvertrauen kann.

Bei aller Bewertung der Mitteilungen geht es um den sensiblen Bereich der subjektiven Wirklichkeit des Kindes, sein verinnerlichtes Bild von erlittenem Leid, welches nur allzu oft mit dem seiner Eltern kollidiert (z.B. Bagatellisierung oder Verleugnungsproblematik). Diese Problematik zwingt zu präziser, ganzheitlicher Erfassung, zu analytischem Verstehen und in weiterer Folge zu systemischem Handeln im Rahmen der Familie, was spezielles und erfahrenes Intervenieren erfordert. Der Fokus gilt letztlich aber immer dem Kind und seiner Entwicklung.

Vor diesem Hintergrund erschließt sich aus unserer Sicht die Notwendigkeit, dass die anamnestischen Daten und die psychodiagnostischen und traumaspezifischen Untersuchungen des Kindes im KiD durch geschulte Beobachtungen im pädagogischen Alltag, durch fachärztliche Untersuchungen (ggf. kinderärztliche, -gynäkologische und -neurologisch/psychiatrische Untersuchungen) sowie durch Erkenntnisse aus therapeutischen Verläufen ergänzt und validiert werden.

3.1.5 Sozial- und Familiendiagnostik

Die Familiendiagnostik muss anamnestische Daten, Beobachtungsdaten und mögliche Testverfahren (projektive, soziometrische, Fragebögen u.a.) verbinden, um Ressourcen und Bewältigungsstrategien der Familie zu erfassen und den Einfluss von Mängeln und Dysfunktionen auf die kindliche Entwicklung zu beurteilen. Das System Familie mit seiner eigenen Dynamik und eingebettet in das jeweilige soziokulturelle und sozialstrukturelle Milieu, hat neben der individuellen körperlichen, seelischen, kognitiven und psychosozialen Entwicklung des Kindes prägenden Einfluss auf diese. So müssen unseres Erachtens die innerfamilial gewachsenen Beziehungs- und Bindungsmuster des Kindes, seine Autonomiekräfte (die es z.B. auch benötigt, um sich trennen zu können) und seine Entwicklungsmöglichkeiten und -gefährdungen einbezogen werden und können kontrovers betrachtet und diskutiert werden.

Die Analyse der innerfamilialen Muster liefert eine wichtige Grundlage für die Gesamteinschätzung sowie die der Möglichkeiten einer eventuellen Rückführung des Kindes.

3.1.6 Ergänzende diagnostischer Erkenntnisse aus dem Gruppenalltag

Dem individualdiagnostischen Prozess des Kindes liegen die differenzierten, fachlich qualifizierten und schriftlich festgehaltenen Beobachtungen des Kindes durch die Pädagogen im Gruppenalltag, die psychoanalytisch reflektiert werden, zugrunde. Die während der Begleitung des Kindes über den gesamten Tagesablauf und die nächtliche Situation (Ein-/Schlafverhalten, Träume/Alpträume) hinweg gesammelten Beobachtungen werden hinsichtlich verschiedener Ebenen, vor allem hinsichtlich Beziehung und Bindung, zwischenmenschlichem Kontakt, Symptomausdruck und Sozialverhalten, ausgewertet. Nicht nur im therapeutischen, sondern insbesondere auch im gruppenspezifischen Kontext aktiviert und agiert das Kind im Sinne einer unbewussten Wiederholung seiner frühen Beziehungserfahrungen und überträgt die damit verbundenen Gefühle, Gedanken und Verhaltensweisen auf die anderen Kinder und Erwachsenen. Der Analyse dieser komplexen Dynamik kommt dabei eine zentrale Bedeutung zu. Die Erkenntnisse daraus fließen in den diagnostisch/therapeutischen Prozess mit ein.

Die Fähigkeit des einzelnen Pädagogen und auch als Team, sich auf die individuelle Konfliktdynamik eines jeden Kindes neu einzustellen, beinhaltet Herausforderung und Chance.

So bildet neben Psychodiagnostik und Therapie der komplexe pädagogische Alltag die Grundlage für das Verstehen und anzustoßende Veränderungen: die Beseitigung von Entwicklungsblockaden und das Ausprobieren neuer psychosozialer Strukturen für die meist früh geschädigten und früh traumatisierten Kinder und damit den Anfang zu einer emotionalen Stabilisierung und einen Ausweg aus der Krise.

3.2. Therapeutische Arbeit im KiD

Neben dem übergeordneten Ziel von Therapie, heilende Prozesse in Gang zu setzen, fließen die hieraus gewonnenen Erkenntnisse unmittelbar in das diagnostische Verstehen sowie in Aspekte der Empfehlung ein.

3.2.1. Therapeutische Arbeit mit dem Kind

Entsprechend dem interdisziplinär ausgerichteten KiD-Konzept ist die psychologisch/therapeutische Arbeit mit gewaltgeschädigten Kindern und deren Familienmitgliedern angewiesen auf methodische Vielfalt und Flexibilität. Der krisenbezogene therapeutische Prozess im KiD macht sich zur Hauptaufgabe, die häufig bestehende Beziehungsangst, Beziehungsfeindlichkeit und Beziehungsvermeidung und/oder Beziehungsanklammerung im Kind soweit zu lösen, dass es Leidensdruck, Empathiefähigkeit und Veränderungsbereitschaft spürt und längerfristige therapeutische, ambulante Hilfen anzunehmen in der Lage ist.

Krisen- und traumaspezifische Kinderpsychotherapie

Die kinderpsychotherapeutischen Angebote im KiD beruhen auf einer traumaspezifischen, tiefenpsychologisch fundierten Ausrichtung und Verständnisgrundlage. Im Mittelpunkt steht die allzu häufig nur fragil entwickelte Persönlichkeitsstruktur der früh geschädigten und traumatisierten Kinder, die häufig trotz tiefer Beziehungssehnsucht eine schwer verletzte Vertrauensfähigkeit und Vertrauensbereitschaft aufweisen. Im geschützten Rahmen des krisentherapeutischen Prozesses geht es vorrangig und unabhängig vom therapeutischen Setting um die Erfahrung der verlässlichen Wiederkehr der therapeutischen Beziehungsperson, des Raumes und seiner jeweiligen Gestaltung. Im Fokus steht die Stabilisierungsarbeit, die sich unterschiedlicher Methoden bedienen kann (Spiel, imaginatives Vorgehen, EMDR etc.).

Aus der traumafokussierten Arbeit heraus entwickelt sich oftmals eine Öffnungsdynamik und

aufgrund der mit Vertrauen wachsenden Basis und an den Möglichkeiten des Kindes orientiert die Möglichkeit, dass sich Therapeut und Kind auf den Weg machen, sich seinen inneren Themen und Dramen anzunähern und zu stellen.

Die therapeutische Hilfe wird zum Zeitpunkt der Krise in aller Regel primär noch durch die äußere Konfliktlage und durch interpersonellen Konflikte dominiert. Parallel zur Bearbeitung äußerer und nach außen verlagertes Konflikte geht es um die Entwicklungsbereitschaft der Wahrnehmung innerer Konflikte, will man Veränderungsprozesse im Kind initiieren.

Mit Hilfe seiner Symbolisierungskräfte webt das Kind seine Beziehungserfahrungen, seine Gefühlswelt und sein dem Bewusstsein oft nicht zugängliches oder nicht erlaubtes erlittenes Leid in sein Spiel. In Wiederbelebung und Auseinandersetzung mit schmerzhaften Geschehnissen und Gefühlen unternimmt das Kind den Versuch, u.a. seine Ängste und Bewältigungsstrategien wahrzunehmen und auszudrücken. Die oft pathologischen Beziehungserfahrungen der Kinder werden insbesondere auch im Rollenspiel im Rahmen der therapeutischen Beziehung aktiviert und neu erlebt. Die Sicherstellung eines strukturierten Rahmens der therapeutischen Beziehung erlaubt es, dass die vielfältigsten Affekte und insbesondere auch die Aggressionen des Kindes im Spiel agiert und auf vielfältige Weise thematisiert werden können. Das verlangt vom Therapeuten, sich zum Beispiel mit dem inzestuösen Vater, dem Misshandler, der sadistischen Mutter und auch mit dem einsamen, gequälten Kind und dessen mörderischer Wut identifizieren zu können, damit die Auseinandersetzung des Kindes mit seiner Problematik gelingen kann. Auf diesem Wege erhält das Kind die Chance, die destruktive Isolierung seiner Gewaltintroyekte in ersten Ansätzen zu lockern und mit ihnen in Kontakt und Auseinandersetzung zu treten. Damit werden oftmals neue, liebevolle Beziehungs- und Bindungsphantasien freigesetzt, die als eine wichtige Quelle für weitere, auf die Zukunft gerichtete Entwicklungen anzusehen sind.

Optionale zusätzliche therapeutische Angebote

Die KiD-Häuser bieten optional zusätzlich sorgsam geprüfte Angebote aus dem Bereich der Bewegungs-, Musik- und Kunsttherapie sowie des tiergestützten Arbeitens etc. an. Dies kann in Einzel- oder in Gruppenarbeit geschehen.

Bildnerische, gestalterische und musische Ausdrucksmöglichkeiten bilden eine wichtige Ergänzung des gesamt-diagnostisch/-therapeutischen Konzeptes im KiD. Mit Hilfe dieser Ausdrucksmedien werden die dynamischen Prozesse im Kind aktiviert und die Auseinandersetzung mit unbewussten Inhalten unterstützt. Der künstlerische Handlungsspielraum beinhaltet heilpädagogische und therapeutische Wirkfaktoren in der Auseinandersetzung des Kindes mit sich und seiner inneren Welt. In den Werken und Ausdrucksformen der Kinder manifestieren sich Botschaften innerer Themen und Konflikte, die diagnostischen Wert besitzen. Das Arbeiten mit diesen Medien lässt die Kinder in einen nonverbalen, sinnlichen Erlebnisraum eintauchen. Im Umgang mit dem Material, dem Instrument, der eigenen Stimme und im Miteinander der Gruppe erfährt das Kind seine Kompetenz, seine Möglichkeiten und Grenzen und die der anderen.

Im Kontakt mit dem Tier werden zum einen gleichfalls Themen von Nähe und Distanz, Ängsten und Sehnsüchten, Führen und Folgen, Sensibilität und Empathie etc. angestoßen, zum anderen bieten die Tiere auch grundsätzlich ein korrekatives Gegenüber an, da sie unmittelbar auf das reagieren, was vom Kind eingebracht wird, nonverbal in Beziehung gehen etc.

3.2.2 Therapeutische Arbeit mit den Eltern/ der Familie

Die Arbeit mit den Eltern, den Bezugspersonen und der Familie basiert auf einem integrativen Ansatz. Vor dem Hintergrund, dass Kinder immer die jeweiligen Bezugspersonen als Bilder in sich tragen, kommt der Arbeit mit der Familie eine besondere Bedeutung zu.

Die konkrete Arbeit mit den Erwachsenen beinhaltet dabei die Familienanamnese, die Erhebung der Entwicklung des Kindes, die Beratung der Eltern, Beobachtung und Begleitung der Besuchskontakte

von Eltern und Kind sowie therapeutische Elternarbeit im weitergehenden Sinne. Besondere Bedeutung kommt dabei gerade gegen Ende der Unterbringung der Arbeit daran zu, dass die Eltern ihrem Kind bei etwaiger weiterer Fremdunterbringung die – nicht nur formale, sondern vor allem innerpsychische – Erlaubnis dazu erteilen, sich woanders beheimaten zu dürfen. Ein Loslassen der Kinder ermöglicht eine neue Beziehungs- und Bindungsebene. Die Eltern sollten dies nicht nur mittragen, sondern diesem Prozess im Idealfall positiv gegenüberstehen. Eine Förderung der Veränderungsbereitschaft der Eltern ist somit gleichfalls entscheidend.

Gemessen am diagnostisch/therapeutischen Auftrag des KiD bleibt der Fokus auch im Rahmen der Familienarbeit letztlich immer auf das Kind und seine bestmögliche individuelle Entwicklung gerichtet. Gleichwohl wird das Kind mit seinen systemisch gebundenen und verwobenen Strukturen auch als ein Teil seiner Familie und seines sozialen Umfeldes gesehen, was die Familienarbeit wesentlich bestimmt und letztlich auch bei der zu treffenden Empfehlung Berücksichtigung findet.

Krisenbezogene Einzel-, Paar- und Familienberatung/-therapie

Die Gespräche mit der Mutter/dem Vater/dem Paar haben einen gemeinsamen emotionalen und kognitiven Verstehensprozess zum Ziel, der Gegenwart und Vergangenheit eigengeschichtlicher und familialer Beziehungserfahrungen rekonstruierend miteinander verknüpfen will. Der übergeordnete Gedanke in der therapeutischen Arbeit mit den Angehörigen des Kindes liegt vorrangig auf der Entzifferung des unbewussten Sinns des in der Misshandlung, im Missbrauch oder in der Vernachlässigung eines Kindes sich widerspiegelnden Individual- und Familienkonfliktes.

In aller Regel finden die Gespräche zunächst getrennt voneinander statt, weil der lebens- und familiengeschichtliche Text, der unverstanden blieb, für Vater, Mutter und Kind jeweils ein anderer ist. In den therapeutischen Sitzungen geht es um das Bemühen, dass das Verborgene im Selbst und das Unausgesprochene in der Familie thematisiert werden kann und darf.

Eltern von multipel gewaltgeschädigten Kindern bedürfen ob ihrer oftmals komplexen Lebens- und Persönlichkeitsproblematik eines besonders sensiblen Kontaktdialogs. Unser therapeutisches Hilfsangebot schenkt der Wechselwirkung von struktureller, sozialer und psychologischer Gewalt große Aufmerksamkeit. Handlungsleitend ist für uns, neben dem gleichzeitig unabdingbaren Mut zu Autorität, die Herstellung einer horizontalen Beziehungsebene zwischen Therapeut und Eltern, d.h. zur Mutter und zum Vater, von denen das Kind misshandelt/misbraucht, missachtet und/oder vernachlässigt wurde.

Viele Eltern spüren und erleben so, dass es nicht um Schuldzuweisungen geht, sondern um die Bereitschaft, auch ihre Leidensgeschichte bei der Betrachtung der des Kindes zu würdigen und in den gesamten Verstehensprozess mit einzubeziehen. Vor diesem Hintergrund wagen die Eltern, das Unausprechbare zu benennen. Tiefe Schamgefühle, Angst, Widerstand und Verleugnung stehen im Raum und bedürfen des geschulten Umgangs, so dass in aller Regel selbst Eltern, deren Kind gezwungenermaßen aufgrund einer familiengerichtlichen Anordnung zur stationären Diagnostik ins KiD kam, Mitarbeitsbereitschaft und nicht selten auch aktive Veränderungsbereitschaft signalisieren und entwickeln. Die Eltern lassen zu und entwickeln ein Gefühl dafür, dass sie selbst mit den Problemen und Auffälligkeiten ihres Kindes zu tun haben, woraus sich neue und veränderte Handlungsschritte ergeben.

Elterngruppe

Die optionale, dann jedoch nach Möglichkeit regelmäßig stattfindende, therapeutisch geführte Elterngruppe kann aufgrund der krisenbezogenen, stationären Situation im KiD nur eine offene Gruppe sein, warum sie primär auch nicht die jeweiligen Lebensgeschichten und Probleme im psychotherapeutischen Sinne in die Reflektion nimmt. Ziel der Elterngruppe ist vorrangig die Erarbeitung eines offenen Klimas für gemeinsame Themen wie Überforderung, Ärger, Hilflosigkeit,

Machtlosigkeit, Angst vor Entfremdung des Kindes und dem in der krisenhaft empfundenen Ausweglosigkeit enthaltenen Gefühl, den quälenden Wiederholungen nicht entrinnen zu können. Oftmals werden Dynamiken zwischen Eltern und Jugendamt thematisiert, die von Misstrauen belastet sind. So geht es insgesamt um die Entwicklung der Bereitschaft, sich auf einen neuen Weg, der oft mit schmerzhaften, aber selbstbestimmten Entscheidungen verbunden ist, einzulassen. Es geht um das Lernen mit und von anderen Eltern. Die Elterngruppe richtet sich nicht nur an die der Kinder aus der diagnostisch/therapeutischen Krisengruppe, sondern auch an die Angehörigen der Kinder aus den Anschluss- und Kooperationsmaßnahmen.

3.3 Therapeutisches Team

Im therapeutischen Team werden alle Erkenntnisse prozessual zusammengetragen, immer wieder aufs Neue gemeinsam hinterfragt sowie übergreifende Erkenntnisse im Diskurs erstritten.

4. Entlassungsphase

4.1 Ergebnisse und Empfehlungen

Vor dem Hintergrund des ganzheitlichen Blicks auf die spezifische Problematik des jeweiligen Kindes und seiner Familie werden alle Ergebnisse aus den geschilderten Bereichen zu einer diagnostischen Gesamteinschätzung zusammengeführt. Auf dieser Basis wird dann eine Empfehlung für das Kind und seine Familie ausgesprochen, auf der der Auftraggeber (das Jugendamt) sein weiteres Fallverständnis und Handeln aufbauen kann. Eingang in die auszusprechende Empfehlung für das Kind finden:

- Störungsbild mit jeweiligen Ausdrucksformen
- Ursache und Verlauf der Schädigung
- entwickelte Bewältigungsmechanismen
- allgemeine Bindungs- und Beziehungsfähigkeit
- spezielle Bindungs- und Beziehungsmuster an Elternpersonen
- bestehende und entwicklungsfähige Ressourcen
- prognostischer Verlauf und Therapiefähigkeit/-notwendigkeit

Die Ergebnisse, die der vertraulichen Behandlung bedürfen und mit der Familie besprochen wurden, werden in einem umfassenden Abschlussbericht festgehalten. Unter anderem soll ein klares Bild aus der Diagnostik sowie den eigenen Wünschen des Kindes heraus entwickelt werden, wo das Kind zukünftig weiter aufwachsen kann.

Vor dem Hintergrund der Ergebnisse der gesamt-diagnostisch/therapeutischen Arbeit erstellt das KiD eine detaillierte Empfehlung, in der essentielle Kriterien eines speziell auf die Problematik und Bedürfnisse des Kindes ausgerichteten, geeigneten Lebensortes benannt werden, wenn eine Rückführung in die Herkunftsfamilie für nicht sinnvoll erachtet wird. Optional besteht – nach entsprechender Beauftragung durch das zuständige Jugendamt – die Möglichkeit, dass KiD die zuständige Fallführung im Jugendamt bei der Suche nach einer geeigneten Nachfolgebmaßnahme durch Erstellung einer differenzierten Fallvignette, die Nutzung unseres umfangreichen Netzwerkes, eine entsprechende differenzierte Recherche sowie Kontaktaufnahme und Austausch mit potentiell geeigneten Trägern bis hin zur Vorbereitung entsprechender Fachgespräche und etwaiger Anbahnung unterstützt.

4.2 Begleiteter Reintegrationsprozess in das Herkunftsmilieu bzw. begleiteter Integrationsprozess in ein neues, indiziertes Lebensmilieu

Werden Kinder nach ihrem Aufenthalt im KiD nach Hause entlassen, beginnt schon frühzeitig eine sorgsame Begleitung dieses anstehenden Prozesses. Dabei werden die im Hilfeplangespräch vereinbarten Hilfsmaßnahmen installiert und gleichzeitig das Kind und seine Familie entsprechend den Bedürfnissen begleitet.

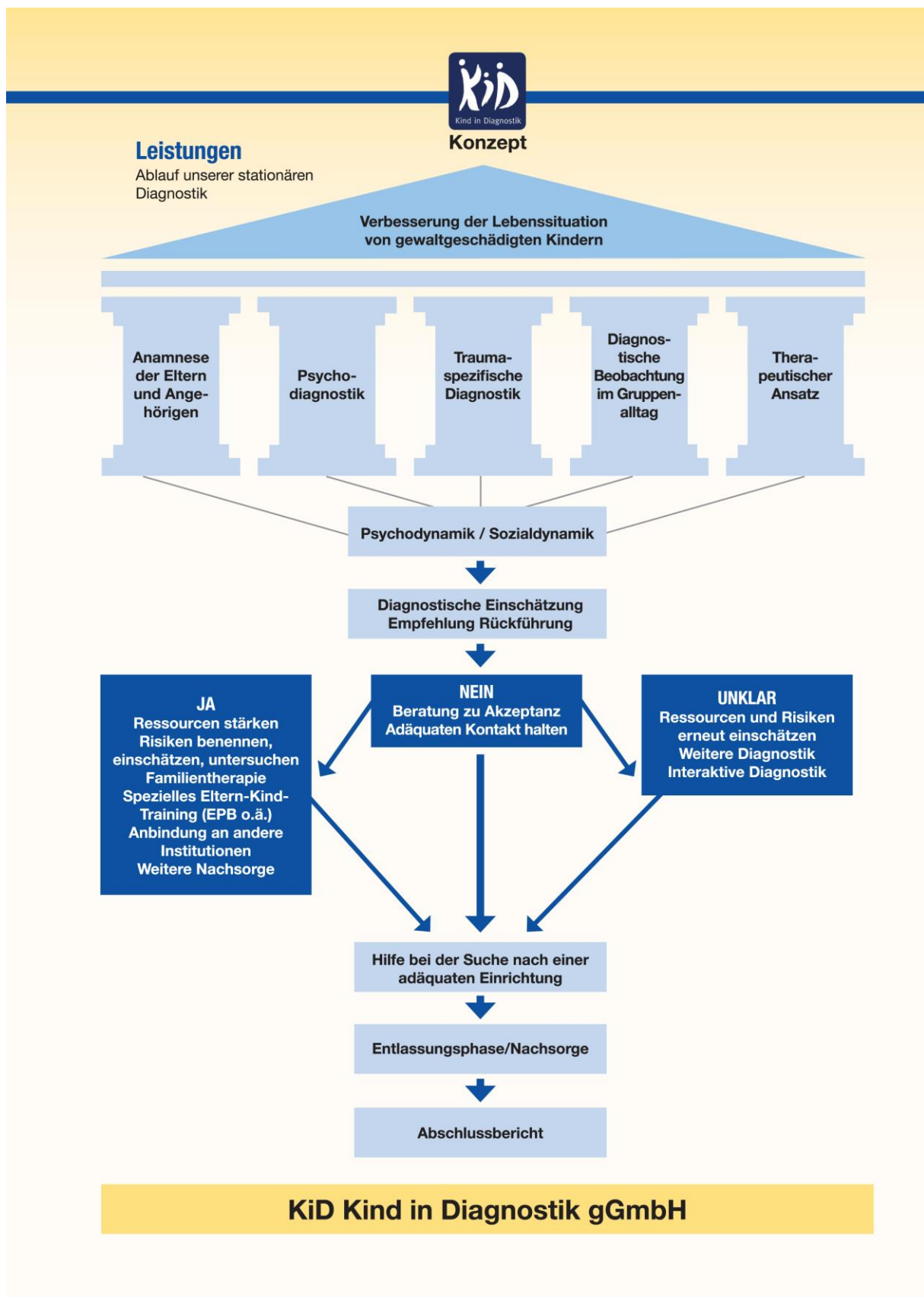
Falls eine Reintegration in die Familie nicht indiziert ist, wird eine Anbahnung und Überleitung des Kindes in eine Anschlussmaßnahme durch das KiD begleitet und gesteuert.

4.3 Entlassung und Nachsorge

Mit der Entlassung der Kinder sollte die Arbeit im KiD grundsätzlich beendet sein. Die Erfahrungen zeigen jedoch, dass es im Einzelfall notwendig ist, zumindest übergangsweise die therapeutische Arbeit mit dem Kind und der Familie über die Entlassung hinaus fortzuführen, bis die Betreuung durch andere Facheinrichtungen weiter geführt werden kann. Dies muss im Einzelfall entschieden

und mit dem zuständigen Jugendamt vereinbart werden.

5. Gesamtdiagnostisch/therapeutischer Prozess im Überblick



6. Kooperation mit Jugendämtern und anderen Einrichtungen

Das KiD arbeitet in enger Kooperation mit anderen Fachstellen, Fachärzten, Beratungsstellen, Familiengerichten, ggf. Polizei, Wohngruppen, Erziehungsstellen, Familienhelfern u.a. zusammen.

Vor allem aber die engmaschige Zusammenarbeit mit den Sozialarbeitern der sozialen Dienste (Jugendämter und freie Träger) ist für unsere Arbeit von wesentlicher Bedeutung. Es ist unser konzeptionelles Anliegen, insbesondere mit den verantwortlichen Personen (fallführender Sozialarbeiter, Vormund, Verfahrenspfleger, u.a.) in einem prozessbegleitenden Austausch zu stehen. Über den Weg regelmäßig stattfindender Helferkonferenzen, Hilfeplangespräche und kontinuierlicher Fachgespräche ist ein Informationsaustausch über diagnostische Erkenntnisse und therapeutische Verläufe mit dem Kind und seiner Familie sowie über aktuelle Ereignisse und Entwicklungen gesichert. Dieser aufwendige Austauschprozess hat vorrangig zum Ziel, dass die jeweils Zuständigen und Verantwortlichen durchgehend in den Prozess neu gewonnener Erkenntnisse und des neu gewonnenen/wachsenden Verständnisses mit einbezogen werden, nicht zuletzt, um eine nahtlose Beratung und Betreuung des Kindes bzw. der Familie nach der Entlassung aus dem KiD zu ermöglichen.

Zudem stellen wir unsere Fachlichkeit, unsere Kooperationsbereitschaft sowie unsere langjährige Erfahrung in verschiedenen Arbeitskreisen auf regionaler und überregionaler Ebene zur Verfügung und treiben den Prozess der Vernetzung voran.

Der fachliche Streit sowohl innerhalb des KiD (im Rahmen des Austausches im Pädagogen- sowie im Therapeutenteam) wie auch außerhalb, beispielsweise mit dem jeweiligen Jugendamt, gehört zum Konzept notwendigerweise hinzu. Die Familien, mit denen wir arbeiten, indizieren diese Thematik. Ohne Konfliktscheu müssen die sich aus der Familiendynamik ergebenden aggressiven wie widersprüchlichen Impulse etc. aufgegriffen werden. Es gehört mit zu unserer Kernkompetenz, diese Konflikte anzunehmen, sie als Teil des Prozesses zu verstehen und konstruktive Lösungen anzubahnen.

III. Anschlussmaßnahmen

KiD sorgt optional entweder für eine eigene Anschlussversorgung der Kinder nach der Diagnostikzeit oder baut Kooperationsmodelle mit geeigneten Trägern vor Ort auf.

Kontakt Daten KiD

Dachorganisation:



KID Kind in Diagnostik gGmbH
Isidor-Caro-Straße 52
51061 Köln
0221 / 84641644

www.kind-in-diagnostik.de
info@kind-in-diagnostik.de

KiD Kind in Düsseldorf:



Stationäre Facheinrichtung für gewaltgeschädigte Kinder
Kind in Düsseldorf GmbH
Kronenstraße 38
40217 Düsseldorf
Telefon: 0211-31 20 23
Telefax: 0211-33 34 17

kontakt@kid-facheinrichtung.de
www.kid-facheinrichtung.de

Entwicklung Konzept KiD Kind in Düsseldorf:
Gudrun Quitmann, Claus Gollmann

KiD in Berlin:



KJHV Berlin-Brandenburg/ KJSH- Stiftung
Ackerstr. 83
13355 Berlin
Telefon: 030- 39 40 48 30
Telefax: 030- 39 40 48 310

r.weichert@kjhv.de
www.kjhv.de