

„Zuwachs“ – zusammen wachsen, bevor aus kleinen Problemen große werden Junge Eltern mit psychischen Beeinträchtigungen im Netzwerk Frühe Hilfen

Caren Indefrey

Die Entwicklung einer sicheren Bindung zwischen Eltern und Kind ist eine großartige Grundlage für eine gesunde körperliche, psychische und soziale Entwicklung eines Kindes. Wir sollten daher alle Anstrengungen unternehmen, Eltern und Kinder in ihrer ganz frühen Entwicklungsphase so gut zu unterstützen, dass dieser wichtige Entwicklungsschritt bestmöglich gelingen kann. (K. H. Brisch 2014)

Doch wie kann Unterstützung im Hilfesystem gelingend gestaltet werden, insbesondere, wenn eines oder beider Elternteile in dieser kritischen Phase psychisch beeinträchtigt sind?

Das Kinderschutz-Zentrum Oldenburg bietet seit über zwei Jahren das Frühe-Hilfen-Projekt „ZUWACHS – zusammen wachsen“ an. Mit seinen beiden Bereichen Beratung und Netzwerkarbeit ist dieses Projekt zu einem wichtigen Teil unserer Präventionsarbeit geworden. Eltern erhalten in der stressreichen Anfangszeit ihrer (erneuten) Elternschaft zeitnah und kostenlos einen niedrigschwelligen Zugang zu unserem Beratungsangebot. Sie werden zumeist über das Hilfesystem in der Stadt und im Landkreis Oldenburg an uns verwiesen oder wenden sich über unsere Werbeträger (Flyer, Internet, Austausch unter Eltern) an uns. Meist kommen sie mit einem Gefühl der Verzweiflung oder Überforderung zu uns. Häufig sind sie zunächst angespannt oder verzweifelt, weil sie merken, dass ihr Alltag mit dem Baby oder/und dem Kleinkind bzw. weiteren Geschwisterkindern nicht so gut läuft wie erwartet oder gar zu entgleisen droht, sie es aber aus eigener Kraft nicht ändern können.

Alle Eltern – auch die, die mit reichhaltigen Ressourcen und einer allgemein robusten Resilienz hinreichend gut ausgestattet sind – bringen eine hohe psychosoziale Belastung, aber gleichzeitig eine besondere Veränderungsmotivation ein. Eltern in dieser sensiblen und anfälligen Lebensphase sind besonders offen sowohl für die Inanspruchnahme externer Hilfen als auch für das sich einlassen auf unsere (videogestützte) Beratungsarbeit, um verantwortlich ihre (neue) Aufgabe als Vater oder Mutter auszufüllen. Bisher haben wir in allen Fällen gemeinsam ein tragfähiges Arbeitsbündnis entwickeln können, das auf Vertrauen basiert. Auf dieser Grundlage war es rasch möglich, eine Problemkongruenz zu entwickeln, die die Eltern häufig entlastete, weil sie Worte für ihr „komisches Bauchgefühl“ bekamen. Es entsteht ein Beratungsprozess, auf den sich Klient(in) und Beraterin vertrauensvoll einlassen.

Ohne wechselseitiges Einlassen auf die Beratungsbeziehung käme kein fruchtbarer Veränderungsprozess in Gang. Die familiäre Lage würde wahrscheinlich weiterhin angespannt bleiben und einen Nährboden für misslingende Bindungs- und Interaktionsmuster bilden, die sich verstetigen. Das könnte die seelische Entwicklung des Säuglings, des Klein- und Vorschulkindes negativ beeinflussen, denn die Kinder sind in dieser durch eine rasche Entwicklungsdynamik gekennzeichneten Lebensphase anfälliger für die Entwicklung psychischer Auffälligkeiten. Die Summe der Symptome bzw. eine psychopathologische Entwicklung als (Trauma-)Folgestörung wird jedoch häufig erst im Jugend- und Erwachsenenalter erkannt und behandelt. Je länger psychische Auffälligkeiten unbehandelt fortbestehen, umso schwieriger ist es, eine Ausheilung zu erzielen. Abgesehen davon ist zu befürchten, dass sich die psychosoziale Beeinträchtigung der Kinder und Jugendlichen im Alltag verstärkt, was ihre weitere Entwicklung negativ beeinflusst – und die Prognose für sie als zukünftige hinreichend „gesunde“ und „starke“ Elterngeneration verschlechtert. Der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte wies beim „Politischen Forum“ am 06. Mai 2015 in Berlin auf einen alarmierend rasanten Anstieg von psychischen Auffälligkeiten hin bei Kindern und Jugendlichen auf bis zu 30 % der vorgestellten Mädchen und Jungen – Forschungsberichte wie bspw. des Robert-Koch-Instituts gingen bislang von 20 % aus (Deutsches Ärzteblatt, PP14, Ausgabe Juni 2015, S. 246).

Präventive Beratungsarbeit reicht allein nicht für das Kindeswohl aus, insbesondere, wenn erhöhte familiäre Belastungen durch die psychische Erkrankung eines Elternteils vorliegen. Um dem erhöhten Bedarf werdender und junger Eltern gerecht zu werden, wurde der gesellschaftspolitische Blick für ein angemessenes Hilfesystem seit 2008 auf Bundesebene geschärft und mit der Gründung des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen institutionalisiert. Ausgangspunkt ist die Erkenntnis, dass

(werdende) Eltern rund um die Geburt einen verbesserten Zugang zum lokalen Netzwerk an professionellen (Gesundheits-)Hilfen benötigen, um in ihrer Erziehungskompetenz und -verantwortung gestärkt zu werden. Wenn sich darüber hinaus in der Familie ein Bedarf an Hilfsmaßnahmen für die Eltern ergeben sollte, um die Entwicklung ihres Kindes in den ersten Lebensjahren zu verbessern, soll möglichst frühzeitig eine Weiterleitung in das multiprofessionelle Netzwerk der Kinder- und Jugendhilfe stattfinden. Mit dem Inkrafttreten des Bundeskinderschutzgesetzes in 2012 erfuhr dieses System Frühe Hilfen seine rechtliche Verstärkung. Das Kinderschutz-Zentrum Oldenburg initiierte bereits im Jahr 2006 das „Oldenburger System Frühe Hilfen“ für die Stadt und den Landkreis Oldenburg. Es handelt sich hierbei um ein regelmäßig tagendes Gremium von Institutionen bzw. einzelnen Akteur(inn)en, die mit Eltern von Kindern zwischen 0 und 6 Jahren arbeiten. Die fallunabhängige interdisziplinäre Kooperation in diesem Arbeitskreis hat sich in den vergangenen ca. 10 Jahren als Selbstverständlichkeit erwiesen und bildet seither eine förderliche Grundlage für fallabhängige Kooperationen, z. B. wie sie bei vermuteter Kindeswohlgefährdung häufig unter Druck stattfinden.

Zu verzeichnen ist eine signifikante Zunahme an Hilfebedarf für Eltern bzw. Bezugspersonen in der frühen Phase von Familien mit Kindern von 0 bis 6 Jahren, weil sich zum einen durch den gesetzlichen Rahmen der Zugang zu Information, Beratung und Hilfen verbessert hat, aber zum anderen auch, weil junge Familien zunehmend überfordert sind und sich verantwortlich Zugang zu Hilfen verschaffen bzw. dazu verpflichtet werden. Prof. Dr. sc. Oec. Uta Meier-Gräwe hat in ihrer bundesweit einzigartigen Studie die Kosten Früher Hilfen den Folgekosten bei Kindeswohlgefährdung gegenübergestellt. Im Ergebnis sind Frühe Hilfen kostensparende Investitionen in Humankapital, die sowohl gezielte Investitionen in Prävention als unbedingt auch gezielte und gut koordinierte Interventionen erfordern (Meier-Gräwe 2015).

Vor dem Hintergrund dieser Überlegungen soll es nun um folgende Ausgangsfragen im Hinblick auf das Kindeswohl gehen:

- Welche gezielten Präventions- und Interventionsmaßnahmen sind in der ambulanten Arbeit mit psychisch erkrankten Eltern(teilen) und ihren Säuglingen- und Kleinkindern erforderlich?
- Wie kann im System Frühe Hilfen das Kindeswohl im Blick behalten werden?
- Was ist für eine gute Koordination erforderlich?

Fallvignette

Frau S. war seit ihrem 16. Lebensjahr in stationärer psychiatrischer und ambulanter psychotherapeutischer Behandlung wegen mittelgradiger Depressionen/Suizidalität. Es entwickelte sich eine emotional instabile Persönlichkeitsstörung/Borderline-Typ. Im Rahmen eines weiteren stationären Aufenthaltes ging sie eine Partnerschaft mit einem Mitpatienten (Diagnose Suizidalität / Ängstliche Persönlichkeitsstörung) ein. Das Paar stabilisierte sich nach der Entlassung zunächst. Sie zogen bald darauf zusammen. Die Schwangerschaft stellte sich nach 1,5 Jahren ein und verlief nach Angaben der Kindesmutter „traumhaft“. Der Kindsvater tauchte bald darauf immer häufiger ab und konsumierte regelmäßig Drogen. Zum Zeitpunkt der Geburt war er für Frau S. nicht mehr verfügbar.

Die Geburt von Max war für Frau S. eine (re)traumatisierende Geburtserfahrung. Zum einen triggerten sie die Schmerzen, sodass sie Flashbacks über Gewalterfahrungen in ihrer Vergangenheit erlitt und in einen dissoziativen Zustand geriet. Zum anderen kam durch ihre Angstzustände die Geburt zum Stillstand, woraufhin eine Notsectio durchgeführt werden musste, die Frau S. als erneuten gewalttätigen Übergriff in dramatischer Weise erlebte. Da das Baby aufgrund von Untersuchungen nach der Geburt längere Zeit von Frau S. getrennt war und weil Frau S. die „Täterschaft“ auf das Baby projizierte und ihm die Schuld gab, lehnte sie Max ab. Als zusätzliche Belastung kam hinzu, dass sich die Herkunftsfamilie von Frau S., vor allem ihre Mutter und ihr Stiefvater, in übergriffiger Weise einmischten. Das Bonding misslang, sie wollte Max nicht sehen und drohte damit, ihn aus dem Fenster zu werfen. Nach ca. einem Tag wurde Frau S. vom Pflegepersonal und der Hebamme aufgefordert, das Kind anzunehmen. Trotz weiterhin bestehenden ablehnenden Gefühlen nahm sie unter dem vorhandenen Druck ihren Sohn an. Da sie sich in Ausbildung zur Erzieherin befand, wollte sie von nun an alles richtig machen und stillte ihr Kind vier Monate, obwohl ihr die Nähe zu viel war und sie sich von Ekel und Wut durchdrungen fühlte. Max wurde zu einem „Schreibaby“. Aufgrund ihrer verzweifelten Angst, dem Kind etwas anzutun, suchte sie aus eigener Kraft das zuständige Jugendamt (nicht Stadt oder Landkreis Oldenburg) auf. Sie bat um Inobhutnahme ihres Sohnes, die nicht erfolgte, da nach Meinung der zuständigen Sozialarbeiterin alles gut lief. Die psychischen Symptome von Frau

S. verschlechterten sich. Als der Junge fünf Monate alt war, wurde sie zusammen mit dem Kind erstmals stationär aufgenommen und über vier Monate behandelt. Nach neun Monaten erfolgte eine weitere stationäre Behandlung.

In der Präsentation der Aufnahmen ist Frau S. zu Beginn ihres ersten stationären Aufenthaltes beim Wickeln von Max (ca. 5 Monate) zu sehen. Im zweiten Film sind Mutter und Sohn während ihres zweiten stationären Aufenthaltes beim Spielen zu beobachten, Max ist nun 1,5 Jahre alt.

Anhand der Sequenzen verdeutlichte sich, wie schwer es Frau S. fiel, ihre negativen Gefühle für Max nachhaltig abzulegen und ihre Perspektive zu wechseln, dass er ebenfalls von der traumatischen Geburt betroffen war. Im stationären Rahmen gelang es ihr, in kleinen Schritten anzuerkennen, dass nicht er der Verursacher ihres Leids war. Sie arbeitete an ihren „Täterprojektionen“ und öffnete sich für die Bedürftigkeit von Max. Sie lernte zu verstehen, dass Max über das Schreien sein Unwohlsein und sein Bedürfnis nach Bindung und Versorgung zum Ausdruck brachte. Sie fühlte sich immer weniger durch sein Schreien abgelehnt und provoziert. Frau S. lernte erstmals, ruhig zu bleiben, sich auf Max einzulassen, seine Signale zu verstehen, möglichst feinfühlig darauf einzugehen und ihm klare Signale über ihren Blick, ihre Mimik, ihre Sprache etc. zu senden. Max sprach auf ihre Angebote an, sodass wechselseitig erste positive Erfahrungen zwischen Mutter und Kind gemacht werden konnten und sich zunächst die hohe Anspannung abbaute.

Diese ersten Interventionen wären in einem ambulanten Setting aufgrund des hohen Risikos einer akuten Kindeswohlgefährdung nicht indiziert gewesen, da Frau S. zum einen aufgrund ihrer psychischen Symptome nicht in der Lage war, ihr Kind hinreichend gut zu versorgen und zum anderen, weil es ihr an Steuerungsfähigkeiten ihrer aggressiven Impulse mangelte, sodass das Wohl und die Sicherheit von Max im häuslich-ambulanten Rahmen zunächst sowohl schleichend als auch akut gefährdet waren.

Im Halt gebenden stationären Rahmen entspannte sich die krisenhafte und gefährliche Situation für Mutter und Kind. Zum Behandlungsangebot zählten: Krisenintervention, psychotherapeutische Arbeit einzeln mit der Mutter, videogestützte Arbeit mit Mutter und Kind, Müttergruppe, medikamentöse Behandlung. Weil sie über die stationäre Arbeit motiviert war und befähigt wurde, in verlässliche sowie förderliche Beziehung zu Max zu gehen und eine Bindung zu ihm aufzubauen, lehnte Frau S. die Option ab, Max in einer Pflegefamilie unterzubringen. Sie überzeugte das Klinikpersonal, dass sie festen Willens war, ihre destruktiven Anteile wie z. B. ihre Stimmungsschwankungen und ihre Impulsivität im ambulanten Rahmen weiter zu bearbeiten und Max davor abzuschirmen. Ihre ehrliche Bereitschaft, Verantwortung zu übernehmen, ihre Fähigkeit zur Selbstreflexion, ihre Motivation sowie ihr Wille, sich auf Hilfen einzulassen und sich zu verändern, waren ihre wichtigsten Ressourcen für den weiteren Verlauf im ambulanten Setting.

Elternarbeit im Beratungssetting / Interventionen Frau S.

- Druck herausnehmen
- Vertrauen gewinnen
- Ressourcen erarbeiten (äußerlich/innerlich)
- Entlastung und Stabilisierung von Frau S. / Co-Regulation ermöglichen
- Beistand in Stresssituationen, z. B. Konflikte mit ihrer Herkunftsfamilie, Orientierung ermöglichen, das Verrückte wieder an seinen Platz schaffen, Beruhigung
- über eine telefonische Hotline erreichbar sein
- Bindungsinterview (AAI), biografische Anamnese durchführen (Vorsicht: Trigger!)
- ihr feinfühlig und empathisch dazu verhelfen, sich in ihrer Aufgabe als alleinerziehende Mutter wahrzunehmen und Sprache zu finden (inneren Helfer installieren)
- Strukturierung des Alltags
- Entlastungsmöglichkeiten für Frau S. im Alltag erarbeiten & erproben: eigenen Bedürfnissen nachgehen dürfen (verlässliche, regelmäßige Betreuung von Max?)
- entwicklungspsychologische Beratung
- „Übersetzungsarbeit“ der Signale des Kindes / Feinfühligkeitsarbeit/-training mit der Mutter
- „mütterliche Kompetenzen erarbeiten“ anhand von Videoszenen oder auch anhand von imaginierten Szenen

- der Mutter Brücken bauen, dass sie sich symbolisch gesehen wie ein „Leuchtturm in der Brandung“ für Max hinreichend gut zu erkennen geben kann und ihn darüber aus der Seenot rettet und in den sicheren (Bindungs-)Hafen lotsen kann
- Erfolge in ihrer Entwicklung als „hinreichend gute Mutter“ regelmäßig fokussieren & wahrnehmbar machen
- in eine psychologische Psychotherapie (Traumatherapie) einbinden (Brücke bauen)
- in Kontakt mit den weiteren Akteur(inn)en im Hilfesystem gehen (Netzwerkarbeit), regelmäßiger Austausch (Helfer(innen)konferenzen) über die Entwicklungen / Stagnationen

Arbeit mit dem Kind / Interventionen Max

- therapeutisches Spiel mit Max u.a. zur Symbolisierung innerer Themen/Not
- der/die Dritte im Bunde sein (Verinnerlichung des helfenden Objektes / „Hilfs-Ich“)
- Feinfühligkeit vermitteln, Klarheit und Unaufgeregtheit
 - z. B. Übersetzung seiner Signale
 - z. B. prompte, angemessene Reaktion auf ein Signal
 - z. B. Möglichkeiten zur Orientierung
- dem Kind zur Sprache verhelfen, ihm bzw. seiner „inneren Welt“ eine Stimme geben, der Mutter übersetzen / intensive Rückkoppelung in der Elternarbeit
- Entwicklung ermöglichen und begleiten (Kontinuität) – Raum und Zeit geben
- Entwicklungsschritte im Blick haben und ggf. nachsteuern bspw. Motorik, Sprache etc.
- Übergänge begleiten, z. B. in die Kita
- in eine Kindertherapie (psychodynamische oder analytische Langzeittherapie) einbinden wg. Verdacht auf reaktive Bindungsstörung / Brücken bauen
- (Differential)Diagnostische Einschätzung vornehmen bzw. veranlassen.

Ausgangsfragen zur (Zusammen-)Arbeit im Hilfesystem

- Was ist im bisherigen Fallverlauf im Hilfesystem gelungen und was ist misslungen?
- Welche Institutionen sollte in diesem Fall das System Frühe Hilfen bilden?
- Wie kann das Netzwerk gemeinsam das Kindeswohl im Blick haben und behalten?
- Was ist für eine verantwortliche und gute Koordination des Hilfesystems mit dem Kindeswohl im Blick erforderlich?

Vermutlich ist es den rudimentär vorhandenen Selbststeuerungsfähigkeiten der Mutter zu verdanken, dass Max vor und nach den Klinikaufenthalten körperlich soweit unversehrt blieb. Auch waren die Bereitschaft von Frau S., Hilfen einzufordern und in Anspruch zu nehmen, sowie ihre Fähigkeit zu kommunizieren, wo ihre Grenzen liegen und wo sie zu kollabieren droht, ihre wichtigsten Ressourcen, von denen Max profitierte.

Doch die persönlich-familiären Ressourcen allein haben in diesem Fall definitiv nicht ausgereicht, um das Kindeswohl zu sichern. Max war bereits 1,8 Jahre alt, als nach dem zweiten Klinikaufenthalt ein tragfähiges Netzwerk aufgrund der Initiative einzelner Akteurinnen erstmals zustande kam. Das Zustandekommen ist in erschreckender Weise eher ein glücklicher „naturwüchsiger“ Zufall, als dass es zu einem Qualitätsstandard des Hilfesystems zählt. D. h. es war gut, dass Frau S. sich erfolgreich um eine stationäre Aufnahme in einer Mutter-Kind-Klinik bemüht hat und dass sie in ihrem Bestreben darin begleitet und bestärkt wurde. Ein noch so gut ausgestattetes professionelles Netzwerk hätte die akute Notlage von Mutter und Kind nicht auffangen können.

Allerdings wäre es für alle Beteiligten und für die Sicherung des Kindeswohls vonnöten gewesen, wenn ihr Behandlungsbedarf bzw. im Vorfeld ihre Not eher und in standardisierter professioneller Form erkannt und ernst genommen worden wäre, z. B. bereits vorgeburtlich bzw. unter der Geburt, auf der Entbindungsstation, durch die betreuende Hebamme, durch die Sozialarbeiterin des öffentlichen Jugendhilfeträgers etc. Auch die Frage der (übergangsweisen) Fremdunterbringung von Max hätte in Zusammenarbeit mit Frau S. früher geklärt werden müssen, was sich aufgrund von Lücken an regionalen psychiatrischen Kliniken, die ein stationäres Mutter/Vater-Kind Behandlungskonzept anbieten, bekanntlich oftmals als schwierig erweist. Wünschenswert wäre außerdem ein Standard, dass bereits vor der Entlassung ein ambulantes Hilfenetzwerk vorbereitet und gebildet wird, z. B. durch selbstverständliche Zusammenarbeit der Kliniken mit den öffentlichen Jugendhilfeträgern, Beratungsstellen / Frühe-Hilfen-Angeboten, ambulanten Psychotherapeut(inn)en, psychiatrische Begleitung, SPFH etc., das Mutter und Kind zeitnah nach der Entlassung auffängt.

Zur Bildung eines ambulanten, fallabhängigen Hilfenetzwerkes können folgende Leitfragen und -ideen dienen:

- Wer übernimmt die Fallverantwortung, führt die Fäden zueinander, kümmert sich um Kontinuität und die Moderation?
- Wer gehört zum Hilfenetzwerk? – an die Bedarfe der Familie anpassen
- Anforderung an die Helfer(innen): miteinander in Kontakt gehen, eine Bestandsaufnahme machen und im regelmäßigen Austausch bleiben
- gegenseitiges Vertrauen herstellen
- Druck herausnehmen / impulsives Handeln vermeiden
- auf die Übertragungsdynamik achten und sie reflektieren
- Klärung im Hilfesystem: Wer macht was mit wem – zu welchem Zeitpunkt (Rolle)?
- Klärung im Hilfesystem: Allianzen, Konkurrenzen und Konflikte?
- Abgrenzung: Wer hat welchen Auftrag? Wer hat was zu bestimmen?
- regelmäßige Helfer(innen)konferenzen durchführen, Übergänge begleiten
- regelmäßige Evaluation des bisherigen Verlaufes: Entwicklungen und Erfolge erkennen – den aktuellen Stand definieren – Ziele updaten
- regelmäßiges Screening (nicht) erfolgter Schritte, familiäre/innere Ressourcen, Dosierungen von Hilfen etc.
- Kindeswohl(gefährdung) im Blick haben und gemeinsam abwägen
- Hotline für telefonische Fachberatung im Krisenfall zur Entlastung, Gefährdungseinschätzung und Interventionsplanung ad hoc zur Verfügung haben
- Möglichkeiten und Grenzen sowie Entwicklungspotenzial und -risiken mit Blick auf das Kindeswohl abwägen
- Wann/Nach welchen Kriterien ist eine Fremdunterbringung notwendig?
- regelmäßigen externen Blick auf den Fallverlauf beanspruchen, z. B. eine neutrale, unabhängige (Risiko)Einschätzung durch Kinderschutz-Experten(inn)en oder psychiatrische Experten(inn)en in Anspruch nehmen

Im vorliegenden Fall ließe sich kontrovers diskutieren, ob es sich aufgrund der beeinträchtigten frühkindlichen Entwicklung von Max vor dem Hintergrund der psychischen Erkrankung seiner Mutter bereits um eine solch gravierende Kindeswohlgefährdung handelte, dass trotz der Stabilisierung der Mutter eine Fremdunterbringung hätte veranlasst werden müssen. Das würde auch die Frage aufwerfen, ob nicht die Garantenpflicht bereits verletzt worden sei, indem das Kind nach dem zweiten Klinikaufenthalt bei der Mutter blieb und beide im ambulanten Netzwerk nur ansatzweise eingebunden waren.

Anhand der Darstellung des weiteren Fallverlaufs war eine stetige (Weiter-)Entwicklung der Beziehung und Bindungsentwicklung feststellbar. Frau S. verhielt sich Max gegenüber nicht mehr in schädigender Weise, was nicht gleichzusetzen war mit einem krisenfreien Lebensalltag. Vertrauensvoll brachte sie in die Elternarbeit ein, wenn sie sich überfordert fühlte oder sich Max gegenüber unangemessen verhalten hatte. Auch nutzte sie das Angebot der telefonischen Hotline in Not- und Krisenfällen. Alle Helferinnen stellten fest, dass Frau S. zuverlässig mehr Verantwortung für sich und ihren Sohn übernahm. Innerhalb der Beziehungs- und Bindungsentwicklung erhielt Max zunehmend Schutz, Sicherheit, Orientierung und hinreichende emotionale Versorgung. So hatte sich bspw. im Verlauf herausgestellt, dass er durch seine Großeltern sexuell missbraucht worden war, was sie zusätzlich belastete, was sie jedoch vorbildlich händelte. Auf dieser Basis waren ihm Nachreifung und die Bewältigung seiner frühkindlichen Traumatisierungen möglich, sodass sich seine Symptome bisher deutlich reduzierten, sich seine Bindungsmuster positiv veränderten und er sich inzwischen zu einem aufgeweckten Kindergartenkind entwickelt hat. Eine Fremdunterbringung war aufgrund der psychosozialen Stabilisierung nicht mehr indiziert.

Fazit

Von der Eingangsfrage ausgehend, wie Unterstützung für psychisch beeinträchtigte Eltern mit ihren Säuglingen und Kleinkindern gelingend gestaltet werden kann, ist anhand dieses Einzelfalles zum einen deutlich geworden, dass niemand allein hinreichend gut eine Familie und damit ein Kind in Not schützen kann. Zum anderen müssen verschiedene Hilfen für Familien mit Säuglingen und Kleinkindern in Not in selbstverständlicher Kooperation zum Standard eines Netzwerkes gehören und

sollten nicht dem Zufallsprinzip überlassen werden. Damit ist der Auftrag für fallbezogene Netzwerkarbeit auf kommunaler Ebene gestellt. Diese bedeutsame Arbeit benötigt im ersten Schritt eine klare Rahmung und eine verlässliche Steuerung, die vom öffentlichen Träger ausgehen sollte, aber auch an fallverantwortliche Institutionen delegiert werden kann, solange das Hinwirken auf Hilfen gelingt. Ein Netzwerk ist keine homogene Gruppe, insbesondere dann nicht, wenn die Zusammenarbeit zwischen Kinder- und Jugendhilfe, dem medizinischen und dem juristischen Sektor stattfindet. Hier sind Hierarchie-/Machtebenen zu klären, und die Auseinandersetzung über fachliche Unterschiedlichkeit wird notwendig. Wenn Konfliktfreudigkeit keine Relevanz erhält, dann drohen „redundante Schleifen der gegenseitigen Vorstellung und der scheinbaren Einigung auf Visionen“ (Nolte 2013, S. 75), die wiederum eine lähmende, rückschrittliche Redundanz in der Einzelfallarbeit erzeugen können. Neben einer Auftragsklärung muss die Klärung von Zielsetzungen im Hilfesystem stattfinden, die die Handlungen der einzelnen Akteurinnen und Akteure leiten, die sie jedoch nicht in ein starres Korsett einzwängen.

Das Besondere an der gemeinsamen fallbezogenen Arbeit im Netzwerk ist, dass alle Akteurinnen und Akteure nicht genau wissen, wohin die Reise mit den Klient(inn)en geht, aber dass sie auf einer gemeinsamen Richtung basiert, mit der alle Beteiligten sich einverstanden erklären. In dem geschilderten Fall haben sich auf der gemeinsamen Reise erfreuliche Entwicklungen und Veränderungen eingestellt, nachdem gemeinsam schwere Zeiten und Durststrecken überstanden sowie gravierende Missverständnisse geklärt worden sind. Wichtige Wirkfaktoren waren in Beziehung zu bleiben, Geduld zu haben und mit Druck umgehen zu lernen. Ich möchte mit einem arabischen Zitat schließen:

„Humor und Geduld sind Kamele, mit denen Du durch jede Wüste kommst.“

Literatur

Brisch, Karl Heinz (2013): SAFE ® – Sichere Ausbildung für Eltern – Sichere Bindung zwischen Eltern und Kind. 5. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta.

Brisch, Karl Heinz (2013): Safe ® – Mentorentraining – Fragebogen zum „AAI“ – Adult-Attachment-Interview nach Carol George und Mary Main. Modifiziert nach PD Dr. K. H. Brisch. www.khbrisch.de; Stand: 22.09.2015.

Brisch, Karl Heinz (2014): Säuglings- und Kleinkindalter – Bindungspsychotherapie – Bindungsbasierte Beratung und Psychotherapie. Stuttgart: Klett-Cotta.

Cierpka, Manfred (Hg.) (2012): Frühe Kindheit 0–3 Jahre – Beratung und Psychotherapie für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern. Berlin/Heidelberg: Springer.

Deutsches Ärzteblatt (2015): Psychische Probleme: vermehrt auffällige Kinder in den Arztpraxen. PP14, Ausgabe Juni 2015, S. 246.

Downing, G./Ziegenhain, U. (2001): Besonderheiten der Beratung und Therapie bei jugendlichen Müttern und ihren Säuglingen – Die Bedeutung von Bindungstheorie und videogestützter Intervention. In: Suess, G. J./Pfeiffer, W. (Hg.): Bindungstheorie und Familiendynamik. Gießen: Psychosozial-Verlag, S. 271–296.

Meier-Gräwe, Uta (2015): Zwischen Kinderschutz und Psychotherapie – Warum sich Investitionen in Prävention lohnen. Vortrag am 09.05.2015 in Oldenburg auf der 10. Fachtagung für Primäre Prävention und Körperpsychotherapie, Powerpoint-Präsentation.

Nolte, Johanna (2013): Damit Netzwerke nicht zu Knoten werden – Netzwerksteuerung als Voraussetzung für gelingende Zusammenarbeit in Netzwerken des Kinderschutzes und der Frühen Hilfen. In: Bundesarbeitsgemeinschaft der Kinderschutz-Zentren e. V.: Frühe Hilfen III – Unterstützung für Familien in belasteten Lebenssituationen. Köln: Selbstverlag, S. 65–81.

Papoušek, Mechthild (2000): Einsatz von Video in der Eltern-Säuglings-Beratung und -Psychotherapie. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, Nr. 49, S. 611–627.