

Einleitung

Um eine Kindeswohlgefährdung mit ihren Auswirkungen auf der sozialen, affektiven und relationalen Lebenssituation des Kindes und der Familie aufzudecken, vorbeugende Maßnahmen zu ergreifen und eine therapeutische Begleitung zu ermöglichen, bedarf es des Engagements und der Anstrengung des ganzen sozialen Systems. Soziale, therapeutische, medizinische und juristische Dienste müssen sich aufeinander abgestimmt ergänzen, um der komplexen Problematik einer Kindeswohlgefährdung adäquat begegnen zu können.

Die professionellen Mitarbeiter der verschiedenen Dienste haben die Aufgabe, das Kind zu schützen. Dabei sollten alle Möglichkeiten genutzt werden, das Lebensmilieu des Kindes zu erhalten und seinen Bedürfnissen entsprechend positiv zu gestalten. Die Förderung vorhandener Ressourcen und Kompetenzen auf der Basis einer partnerschaftlichen Zusammenarbeit mit Eltern und Kindern stellt dabei eine zentrale Haltung in der Sozialen Arbeit und ambulanten Therapie bei Kindeswohlgefährdung dar. Die ambulante Therapie ermöglicht hierfür ein geeignetes Setting:

Da die psychischen Störungen im Wesentlichen im natürlichen Umfeld der Kinder und Jugendlichen auftreten, gewährleistet die ambulante Therapie die beste Auseinandersetzung mit den Störungen und deren Ursachen. Zudem können die Kinder oder Jugendlichen ihren außertherapeutischen Verpflichtungen und Hobbys nachkommen und in der Geborgenheit der Familie und ihres Freundeskreises bleiben. [...] Die stationäre Psychotherapie findet in der Regel in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik statt. Dort stellen Jugendliche ab dem Alter von 12 Jahren das primäre Klientel dar. Indiziert ist die Behandlung nach Martin (1997: 431f.) bei schweren und chronifizierten psychischen Erkrankungen, bei Vorliegen einer Selbst- oder Fremdgefährdung, bei einer extremen familiären Gefährdung, einer Mangelversorgung oder bei einer kurzfristigen Entlastung des familiären Milieus und Patientenumfeldes (Schmidtchen 2001: 151).

Der folgende Beitrag setzt sich mit der Kindeswohlgefährdung auseinander, gibt einen Einblick in die Praxis eines ambulanten therapeutischen Dienstes und erläutert die Notwendigkeit einer interdisziplinären und kohärenten Zusammenarbeit.

Kindeswohl und Kindeswohlgefährdung in Luxemburg

Kindeswohlgefährdung und Kindesmisshandlung können unterschiedliche Formen annehmen:

- Körperliche Misshandlung: Körperliche Verletzungen und Schäden, die dem Kind zugefügt werden. Dazu gehören Schläge und andere körperliche „Maßregelungen“.
- Vernachlässigung: Die andauernde und wiederholte Unterlassung der Versorgung grundlegender Bedürfnisse auf der physischen, emotionalen, psychologischen oder sozialen Ebene. Zu den Bedürfnissen gehören z.B. Essen, Kleidung, Wohnung, Hygiene, medizinische Versorgung, Vorbeugung, Sicherheit, Liebe, Erziehung, Sozialisierung, schulische und geistige Förderung, Affektivität und Zuwendung.
- Sexuelle Misshandlung: „Toute activité sexuelle, inappropriée pour l'âge et le développement, à laquelle un enfant est incité à participer, avec ou contre son gré, par une personne en situation d'autorité ou par toute autre personne usant de manipulation physique (usage de force), affective ou matérielle, et ce quel que soit le sexe des personnes impliquées, dans un but de gratification de l'abuseur“ (Allard/Gilles/Frappier/Masson 1993).
- Seelische Misshandlung: Bewusstes oder unbewusstes „erzieherisches“ Verhalten, das Kinder durch Bestrafung, Herabsetzung, Ablehnung oder auch Überbehütung in ihrer Entwicklung beeinträchtigt oder schädigt. Als seelische Misshandlung gelten auch anhaltende gewalttätige Konflikte zwischen Eltern, denen das Kind schutzlos ausgesetzt ist.
- Strukturelle Gewalt: Der gesellschaftliche Kontext und Lebensraum des Kindes weisen grundlegende Mängel in der Versorgung des Kindes auf und gefährden dadurch seine Entwicklung.

Die Erfahrung zeigt, dass Kindeswohlgefährdung in allen sozialen Schichten vorkommt. Familien mit schwierigen Lebensbedingungen müssen zur Gewährleistung eines kindgerechten Zusammenlebens größere Anforderungen und Anstrengungen meistern. Krisen oder Problemsituationen gründen nicht in einer einzelnen Ursache, sondern resultieren meist aus einem komplexen Gefüge an multiplen Faktoren (vgl. Alupse-Dialogue 2008: 11ff.). Hierbei kann es sich zum Beispiel um Eltern mit psychischen oder psychiatrischen Problemen handeln, die durch nicht gelöste traumatische Erlebnisse (z.B. Scheidung) auf der persönlichen oder familialen Ebene destabilisiert sind. In solchen Krisensituationen, in denen das Kind leidet, verstört und hilfsbedürftig ist, fühlen sich die Eltern oder die verantwortlichen Erwachsenen oft alleine, überfordert und verzweifelt und benötigen Unterstützung.

Auf nationaler Ebene gibt es bislang keine statistische Erfassung der von psychischer, körperlicher oder sexueller Gewalt betroffenen Kinder und Jugendlichen¹. Die folgenden internen Zahlen der Alupse-Dialogue² geben einige relevante Hinweise: 2007 hat der Dienst insgesamt 114 Familien betreut und davon waren 65 Neuanfragen. Die Gründe und Motive der Neuanfragen sind vielfältig. Sexueller Missbrauch (in 47% der Neuanfragen), familiäre Konflikte (in 21% der Fälle) und physische Misshandlung (in 14% der Fälle) bilden die häufigsten Ursachen. Die internen Zahlen lassen darauf schließen, dass Kindeswohlgefährdung in drei Viertel der Fälle innerhalb der Familien stattfindet. Bei ca. einem Viertel der Neuanfragen fand die Kindeswohlgefährdung außerhalb des familialen Kontextes statt. Im Hinblick auf geschlechtsspezifische Unterschiede ist festzuhalten, dass 2007 55% der „Symptomträger“ weiblichen Geschlechts waren. Bei den betreuten Familien handelt es sich in 62% um luxemburgische und in 38% um ausländische Nationalitäten. Dies entspricht den Zahlen der Verteilung der Fälle der eingetragenen Bevölkerung auf nationaler Ebene (vgl. Alupse-Dialogue 2008).

Verortung der ambulanten Therapie im luxemburgischen Jugendschutzsystem

Häufig werden gefährdete Kinder und Jugendliche in ihrem sozialen Umfeld, wie z.B. in der Schule oder in Tagesstätten auffällig. Die Dienste der „première ligne“ – Centres Médico-Sociaux, Services Sociux de Proximité, Foyers, Schulen, Tagesstätten, Allgemeinärzte, Centres de Guidance, SPOS, etc. – werden mit der Problematik konfrontiert und sind häufig die Antragsteller für weiterführende Hilfen für Kind und Familie.

Die Dienste leiten die Familien an entsprechende psycho-soziale Dienste der „seconde ligne“ weiter. Hierbei handelt es sich um spezialisierte Einrichtungen für die unterschiedlichen Problematiken der Kinder, Jugendlichen und Familien. Dazu gehören Beratungs- und Therapieangebote, Möglichkeiten der intensiven Familienbegleitung vor Ort sowie unterschiedliche stationäre Unterbringungsformen. Die Orientierung zu einem Dienst der „seconde ligne“ kann auf freiwilliger Basis oder gerichtlich verordnet erfolgen.

In Luxemburg sind unterschiedliche Dienste vorhanden, die therapeutische Hilfe für Kinder und Jugendliche anbieten. Hierzu zählen u.a. die Kinder- und Jugendpsychiatrie des Centre Hospitalier de Luxembourg für Kinder bis zwölf Jahre und für Jugendliche ab zwölf Jahre die Jugendpsychiatrie von Kirchberg. Daneben bestehen weitere konventionierte und private therapeutische Einrichtungen, die Hilfe für Kinder, Jugendliche und Familien anbieten. Gemeinsam ist diesen Diensten, dass sie sich nicht ausschließlich der Problematik der Kindeswohlgefährdung widmen. In ihrem beruflichen Alltag werden sie jedoch mit Fragen der Kindeswohlgefährdung und dem Leidensdruck der Betroffenen konfrontiert. Alupse-Dialogue ist die einzige ambulante Anlaufstelle mit dem „expliziten“ Auftrag der sozialen und zugleich therapeutischen Begleitung des Kindes und der Familien in Fällen von Kindesmisshandlung. Vergleichbare Strukturen wären die „SOS-Enfants“ in Belgien und „Kinderschutz-Zentren“ in Deutschland.

¹ Eine solche Übersicht wäre jedoch notwendig, um über die entsprechenden Bedürfnisse und Hilfemöglichkeiten diskutieren zu können. Die Voraussetzungen dafür sind, dass die Daten aus dem medizinischen, sozio-therapeutischen Bereich und der Justiz zusammengelegt werden.

² Alupse-Dialogue betreut Kinder und Jugendliche im Alter von einem bis 16 Jahre, sowie deren Familien, die Opfer von physischer, psychischer und sexueller Gewalt oder von Vernachlässigung sind.

Über die Verortung der ambulanten therapeutischen Hilfe im luxemburgischen Jugendschutzsystem geben die internen Zahlen der Alupse-Dialogue zu den Antragstellern und Vermittlern Auskunft. Bei den Antragstellern handelt es sich um Personen oder Dienste, die eine Hilfe beantragt haben. Im Jahre 2007 hat in 84% der Neuanfragen³ ein Familienmitglied die Hilfe beantragt. Diese Zahl ist in den letzten Jahren stetig gestiegen und kann als ein Zeichen der steigenden Verantwortungsübernahme interpretiert werden. Weitere Antragssteller waren Fachkräfte eines sozialen Dienstes (8%), Allgemeinmediziner, Kinderarzt oder Psychiater (6%) und das Jugendgericht (2%). Zu den sozialen Diensten gehören unter anderem Kinderheime, die therapeutische Hilfe für Kinder, die sexuellen Missbrauch oder physische Gewalt zu Hause erlebt haben, beantragen. Beantragt die Familie die Hilfe selbst – auch wenn sie von einem sozialen Dienst geschickt wurde –, beruht die Zusammenarbeit auf Freiwilligkeit. Ist eine Hilfsmaßnahme vom Jugendgericht verordnet, basiert der Arbeitsvertrag mit der Familie auf den vom Jugendgericht genannten Erwartungen und Kriterien.

Davon zu unterscheiden ist der Personenkreis, der die Betroffenen zu einem spezialisierten Dienst weiterleitet. 2007 haben bei 35% der Neuanfragen Fachkräfte eines sozialen Dienstes die Familie zu Alupse-Dialogue vermittelt. Bei 19% der Anfragen wurde die Vermittlung durch Allgemeinmediziner, Kinderärzte oder Psychiater übernommen, bei 17% waren es Familienangehörige oder Bekannte der Familie, bei 11% eine Person aus dem Unterrichtswesen und bei 11% Mitarbeiter des Justizwesens (Polizei, SCAS, etc.). Offizielle Regelungen zu Verfahren und Prozeduren für die Weiterleitung der Fälle existieren nicht. Die Anfragen der professionellen Kollegen sind punktuell. Mit einigen Diensten hat sich im Laufe der Jahre und über die tägliche Praxis eine regelmäßige Zusammenarbeit ergeben.

Soziale Arbeit und ambulante Therapie bei Kindeswohlgefährdung

Wird eine Gefährdung oder eine Misshandlung aufgedeckt, so ist zu Beginn einer Hilfe erforderlich, auf der individuellen, der familialen und der sozialen Ebene frühzeitig einzugreifen. Auf der individuellen Ebene soll durch eine sofortige psychische Begleitung des Kindes oder des Jugendlichen verhindert werden, dass die durch traumatisches Erleben verursachten psychischen Probleme sich verfestigen oder ausweiten. Auf der familialen und sozialen Ebene wird angesetzt, um einerseits ein sekundäres Trauma beim Kind, bedingt durch belastende Reaktionen der Fachkräfte oder der Familie bei der Offenlegung der Misshandlung, zu vermeiden und andererseits Risiko- und Gefahrenfaktoren im familialen Kontext zu vermindern. Es wird überprüft, inwiefern die Familie bereit ist, zu kooperieren und erforderliche Schutzmaßnahmen zu ergreifen. Ist dies nicht gegeben, kann eine kurzfristige Fremdunterbringung, zum Beispiel in einem Heim, notwendig sein.

In der folgenden mittel- und langfristigen Arbeit mit der Familie erstellt der ambulante therapeutische Dienst einen Hilfeplan. Der Austausch mit den Fachkräften des Netzwerkes verfolgt zwei Ziele: Die Erstellung einer ganzheitlichen Diagnose und ein darauf basierendes und ergänzendes Arbeiten mit der Familie und dem Kind. In der Diagnose werden folgende Bereiche erfasst: Die individuelle Entwicklung, das körperliche und psychische Wohlbefinden des Kindes, die sozialen, erzieherischen und emotionalen Kompetenzen der Eltern sowie die Ressourcen der Umwelt (Großfamilie und soziales Umfeld). Im Hilfeplan werden auch die therapeutischen Hilfen festgelegt. Hierbei kann es sich um eine individuelle Therapie für das Kind oder den Jugendlichen, eine familientherapeutische Begleitung oder eine Beratung der Eltern handeln. Die Soziale Arbeit legt den Schwerpunkt auf die Unterstützung, Begleitung und Vermittlung der Familien:

D'une part, veiller à une fluidité de l'information et à une coordination réaliste entre divers témoins et les intervenants impliqués et d'autre part garder une vigilance sociale dans le temps. Par vigilance, nous entendons une présence sociale soutenante qui ne doit pas se transformer en surveillance paranoïaque ni en prédiction négative faite à coup sûr. [...] Concrètement, ceux qui assurent cette vigilance organisent, à côté de l'aide socio-matérielle et du soutien social, un contrôle effectif et des actes préventifs qui diminuent les risques de récurrence. [...] Nous prônons une solidarité entre les intervenants différemment impliqués, par exemple entre ceux qui abordent le contenu même de la problématique au fil des rencontres thérapeutiques et les intervenants qui accompagnent la famille dans une aide plus périphérique à la question soulevée (nous pensons au médecin de famille, aux enseignants,...). Rappelons nous combien les risques de récurrence et/ou de pression morale, et certainement dans les premiers temps, ne sont pas nuls (De Becker/Hayez/Cabillau 2000: 309).

³ Bei einem Teil dieser Neuanfragen ist die Familie von den Fachkräften der Einrichtungen der première Ligne zu Alupse-Dialogue orientiert worden.

Therapeutische und Soziale Arbeit als komplementäre Elemente des Hilfeprozesses

Die Resilienzforschung hat den Blick dafür geöffnet wie Kinder trotz widrigster Lebensbedingungen eine einigermaßen positive, gesunde Entwicklung erleben können, und welche Stärken Voraussetzung dafür sind. Zusammen mit der Salutogeneseforschung sind dies deutliche Belege dafür, dass wir in unseren Arbeitskontexten unbedingt die Stärken der Klienten fokussieren müssen, um deren Überlebenskompetenzen zu steigern (Schwing/Fryszler 2006: 240).

Eine individuelle therapeutische Arbeit mit dem Kind und ein Entwicklungsprozess sind dann möglich, wenn das Kind sich gehalten und geschützt fühlt: „Qu’un seul point d’appui soit offert et la reconstruction reprendra“ (Cyrulnik 2002: 13). Die therapeutische Arbeit mit Kindern in gefährdenden Situationen kann sich daher nicht ausschließlich auf das Kind fokussieren. Die „Stärkung des Kindes und seiner Kompetenzen, sowie die Schaffung eines stabilen und sicheren Lebensrahmens, welcher seinen Bedürfnissen entspricht und in dem es sich entwickeln kann“ (Alupse-Dialogue 2008: 3), bilden somit die zwei zentralen Säulen der Arbeit. Zur Lebenswelt des Kindes gehört die Familie. Die nachhaltige Stärkung der Ressourcen des Kindes, der Familie und des Umfeldes mit dem Ziel der Förderung der Eigenverantwortung der Betroffenen sowie deren Begleitung hin zu einer autonomen Lebensweise stellen wirkungsvolle Möglichkeiten dar, dem Kind langfristig zu helfen. Die Begleitung von Kindern, Jugendlichen und deren Familien, die Opfer von Misshandlung sind, orientiert sich dabei immer an den Bedürfnissen des Kindes. Der Schutz des Kindes, der Aufbau und die Förderung von begleitenden Maßnahmen sowie die therapeutische Hilfe für die betroffenen Personen sind eng miteinander verbundene Komponenten des Hilfeprozesses.

Verknüpfung von individueller Therapie und Familientherapie

Nicht jedes traumatische Erleben löst eine psychische Störung bei Kindern und Jugendlichen aus. Dies hängt von den Risikofaktoren, den persönlichen Vulnerabilitäten und Ressourcen des Kindes, aber auch von der subjektiven Wahrnehmung des Erlebten ab. Die Reaktionen und Interpretationen der Personen aus dem direkten Umfeld des Kindes (Eltern, professionelle Mitarbeiter, etc.) haben darauf einen entscheidenden Einfluss und können den Hilfeprozess fördern oder auch hemmen.

Neben der Mitarbeit des Kindes oder des Jugendlichen ist die Bereitschaft der ganzen Familie zu einer therapeutischen Veränderung eine Grundlage für den möglichen Entwicklungsprozess des Kindes. In der konkreten Arbeit werden Familiengespräche sowie eine Kombination von parallel verlaufenden Einzelsitzungen mit dem Kind sowie Elterngespräche angeboten.

Die durchgeführte Hilfe läuft als Co-Therapie ab. In jeder Situation gibt es einen Referenten und einen Co-Therapeuten. Die Co-Therapie ermöglicht eine differenzierte Wahrnehmung und Rollenverteilung in der Arbeit.

Die Teambehandlung sollte in der allgemeinen Psychotherapie für Kinder, Jugendliche und Familien als Regelbehandlung angesehen werden. Nur mit ihr ist es möglich, eine Kombination von individueller Psychotherapie und paralleler Familientherapie durchzuführen, eine multidimensionale Maßnahmenzusammenstellung vorzunehmen und eine fachkompetente Psychotherapiediagnostik zu gewährleisten (Schmitthen 2001: 153).

Gleichzeitig sind der Austausch und das Reflektieren im Team⁴ hilfreich, um eine emotionale Distanz zur Problematik und zum Geschehen zu halten und um das Risiko von vorgezogenen Schlussfolgerungen oder übereilten Aktionen zu verhindern.

Einzeltherapie des Kindes

La créativité est un aspect, sinon le cœur, de la vitalité de l’être de l’ouverture vers la vie, qui sont des conditions de la santé et de l’équilibre de l’être humain. Le courage d’être, et de faire face à nos souffrances ou tout simplement au mal-être, émane de cette créativité (Gavin 2008: 26).

Diese Kreativität und die damit verbundenen Selbstheilungskräfte (Resilienz) vieler Kinder und Jugendlichen, die in Therapie kommen, sind nicht angemessen entwickelt oder blockiert. Dies kann bedingt sein durch eine grundlegende Störung des Beziehungsfeldes des Kindes zu seiner Umgebung,

⁴ Das therapeutische Team von Alupse-Dialogue besteht aus Sozialarbeitern und Psychologen mit Zusatzausbildungen in der familiensystemischen und der individuellen Psychotherapie.

oder auch eine Reaktion auf eine traumatische Erfahrung sein, die zu einer Unterbrechung der gesunden Entwicklung und zu einem gestörten psychischen Verhalten geführt hat.

Die konkrete Vorgehensweise in der Therapie hängt von den jeweiligen Kommunikationsmöglichkeiten des Kindes oder des Jugendlichen ab und wird individuell abgestimmt. Die Psychotherapie mit Kindern besteht parallel aus Spieltätigkeiten und Gesprächen. Bei Jugendlichen basiert sie vorwiegend auf Gesprächen, kombiniert mit kreativen Mitteln der Selbstwahrnehmung und der Ausdrucksweise. Der Jugendliche wird von Beginn an in die Festlegung der Therapieziele einbezogen, unter anderem, um die Eigenverantwortung zu bestätigen und zu fördern. Die professionelle Grundhaltung bei der Einzeltherapie ist, das Kind oder den Jugendlichen in ihrem Selbstwertgefühl zu stärken und ihre Ressourcen aufzuwerten. Dies setzt eine respektvolle Haltung und eine große Wahrnehmungsfähigkeit gegenüber der komplexen Gefühlswelt des Kindes oder Jugendlichen voraus. Sie sind die Voraussetzungen für eine Halt und Sicherheit gebende therapeutische Beziehung. Der therapeutische Prozess soll einen neuen Zugang zu den eigenen Gefühlen ermöglichen und helfen, diese sinngebend im Kontext der persönlichen und familialen Geschichte wahrzunehmen. Aus der systemischen Sicht ist das symptomatische Verhalten des Kindes oder Jugendlichen eine den Lebensumständen angepasste Reaktion und kann auch als eine Art Selbstschutz vor einer bedrohlichen und zerstörerischen, nicht akzeptablen Realität gesehen werden. Ziel der therapeutischen Arbeit ist also nicht nur der Abbau entwicklungshemmender Verhaltensmuster, sondern vor allem der Erwerb neuer, der Entwicklung und den Kompetenzen entsprechenden Wahrnehmungen und Ausdrucksweisen.

In einem geschützten Rahmen und in Interaktion mit dem Therapeuten, beziehungsweise in seiner Präsenz, ist das „Spiel“ des Kindes an sich schon therapeutisch:

Dans le jeu et toute expression créatrice, l'enfant ou le jeune fait l'expérience d'une unité entre le corporel, le psychologique et le social. En jouant, l'enfant manipule les phénomènes du monde extérieur et les expériences déjà vécues et les met au service de son imaginaire. Il explore les pressions et les confusions de la vie (extérieures à sa vie subjective), intègre des expériences, explore des rôles (imposés ou potentiels) et des choix, gère son anxiété et fait sens de son vécu (Gavin 2008: 29).

Die Präsenz des Therapeuten, der Respekt vor dem gesamten Sein des Kindes oder Jugendlichen, der Glaube und die Überzeugung an die Fähigkeit neue, eigene Wege zu finden, ermöglichen die „Verankerung“ von neuen Erfahrungen und das Aufbrechen von Abhängigkeit und Ausgeliefertsein.

Die Arbeit mit der Familie

Die psychotherapeutische Arbeit mit der Familie ist eine Hilfestellung in der Verarbeitung von Problemen. Dabei stehen folgende Arbeitsschwerpunkte im Mittelpunkt:

- Förderung einer aufwertenden und empathischen Kommunikation und Interaktion in der Familie,
- Aufbau und Verfestigung einer Halt gebenden Bindung zwischen Eltern und Kind,
- Respektieren von persönlichen und intergenerationellen Grenzen
- Förderung der Autonomie und individuellen Entwicklung des Kindes.

Die Familiengespräche werden durch zwei Therapeuten wahrgenommen, wovon einer der Therapeut des Kindes ist.

Die erste Phase der Begleitung beinhaltet die Evaluation der Schwächen und Stärken des Familiensystems, um Aufschluss über die Möglichkeiten und Grenzen der Begleitung zu erhalten. Nicht die Problematiken und Symptome stehen im Vordergrund der Analyse, sondern das Gesamtbild der familialen Situation. Die einzelnen Familienmitglieder werden u.a. eingeladen, ihre Wahrnehmung der eigenen Situation und des Familienlebens zu betrachten, sich mit ihren Erwartungen auseinanderzusetzen, zu differenzieren, was gut geht oder was schwierig ist, und zu schauen, welche Aspekte generell im Leben des Kindes auf familialer und sozialer Ebene von Bedeutung sind.

Diese Vorgehensweise ermöglicht den Therapeuten und den Hilfesuchenden, sich der Grenzen, Chancen und Erwartungen einer gemeinsamen Arbeit bewusst zu werden und sich über realistische Veränderungen zu verständigen. Ausgehend von den Bedürfnissen des Kindes und der Familiensituation (Wertvorstellungen, Gefühlsebene, Interaktionen, Kommunikation, Erwartungen, etc.) werden gemeinsame Arbeitsziele definiert. Es ist der Beginn einer partnerschaftlichen Zusammenarbeit mit den Eltern und dem Kind.

Einbindung anderer Dienste

Wenn ein Dienst oder ein Mitarbeiter einer Einrichtung eine Notsituation aufdeckt, die Eltern mit der Problematik konfrontiert und zu dem Ergebnis kommt, dass eine Begleitung der Familie durch einen spezialisierten Dienst als unerlässlich erachtet wird, vollzieht sich die Orientierung, als wohlgemeinter Ratschlag oder Empfehlung, somit häufig in Risiko-Situationen. Die Person oder der Dienst, die die Betroffenen an einen Dienst verweist, nimmt im weiteren Hilfeprozess eine bedeutende Rolle ein.

Die Fachkraft wird zu Beginn des Hilfeprozesses zur Klärung der Situation eingebunden. Diese formuliert in Präsenz der Eltern ihre konkreten Sorgen, Erwartungen und auch die möglichen Konsequenzen (zum Beispiel eine Meldung beim Jugendgericht), falls sich die Lebensbedingungen des Kindes nicht verbessern.

Zudem ist der professionelle Helfer, der die Familie verweist, eine Person, die das Kind im Alltag und in seinem täglichen Umfeld sieht und erlebt (Schule, Krippe, etc.). Durch die Präsenz vor Ort kann die Fachkraft ein „Garant“ für das Wohlergehen des Kindes sein. Die Fachkraft hat die Möglichkeit, das Kind in seinem Alltag zu beobachten, und erhält Einblick in die weitere Entwicklung des Kindes, indem in Erfahrung gebracht wird, ob das Kind erneut Symptome zeigt oder sich positiv entwickelt. Im weiteren Hilfeprozess wird daher dieser Kontakt aufrechterhalten, um in regelmäßigen Gesprächen mit der Fachkraft und der Familie die Situation und die Entwicklung zu bilanzieren und die weitere Zusammenarbeit zu vereinbaren.

Schließlich sind wir in der Kinder- und Jugendtherapie in besonderer Weise auf die interdisziplinäre Zusammenarbeit angewiesen. Alle die Personen, deren Ziel bzw. Aufgabe es ist, ein Kind bzw. einen Jugendlichen in seiner Entwicklung zu fördern und zu unterstützen und bei der Bewältigung von Krankheiten oder anderen Problemen zu helfen, sollten zusammenarbeiten, um zu verhindern, dass Hilfsangebote interferieren und um den Effekt für das Kind bzw. den Jugendlichen möglichst zu optimieren. „Netzwerkarbeit“ und „Fallmanagement“ (case management) zielen darauf ab, eine sinnvolle Kooperation der Dienste zu erreichen. Psychotherapie ist keine isolierte Veranstaltung, sondern soll sich als zeitlich umgrenzte Hilfestellung verstehen, die mit anderen Hilfen abzustimmen ist. Die wichtigsten Berufsgruppen, mit denen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zu tun haben, sind Professionelle aus der Gesundheitsversorgung, aus dem schulischen Bereich und aus der Jugendpsychiatrie; zu ihnen zählen Ärzte, insbesondere Kinderärzte und Kinder- und Jugendpsychiater, Lehrer, Pädagogen, Sozialarbeiter und Sozialpädagogen und Fachtherapeuten (z.B. Ergotherapeuten, Logopäden) (Hiller/Leibnig/Leichsenring/Sulz 2007: 9).

Ausblick

Das Wohlergehen des Kindes und seiner Familie muss für die Weiterentwicklung der therapeutischen Arbeit bei Kindeswohlgefährdung die zentrale Zielsetzung sein. Die Qualität der Arbeit wird wesentlich durch die Kooperation und Kommunikation innerhalb des sozio-therapeutischen Teams sowie durch die Zusammenarbeit mit den betroffenen Diensten und Instanzen bestimmt. Eine partnerschaftliche, differenzierte Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Diensten des sozialen Netzwerks und der Familie setzt ein Bewusstsein der eigenen Grenzen und Möglichkeiten der Arbeit sowie die Fähigkeit zur Selbstreflexion voraus. Notwendig wären in diesem Kontext die Entwicklung von gemeinsamen Arbeitskonzepten sowie transparente und handlungsleitende Verfahrensabsprachen bzw. -standards. Hierzu bedarf es im Rahmen des Kinder- und Jugendschutzes einer gemeinsamen Verständigung zwischen Vertretern aus dem psycho-sozialen, pädagogischen, medizinischen und juristischen Bereich.

Literaturverzeichnis

- Allard, C./Gilles, F./Frappier, J./Masson, P. (1993): Programme de pédiatrie socio-juridique – protocole d'intervention. Montréal, Quebec.
- Alupse-Dialogue (2008): Rapport d'activité 2007. Luxembourg.
- Cyrułnik, B. (2002): Un merveilleux malheur. Paris.
- De Becker, E./Hayez, J.-Y./Cabillau, E. (2000): Thérapie Familiale. Modèles d'interventions sociothérapeutiques dans les situations d'abus sexuels sur mineurs d'âge. In: Revue Internationale en Approche Systémique, 21 (3): 305-321.

- Gavin, V. (2008): La thérapie individuelle par le Jeu et la Créativité chez l'enfant et le jeune victime d'abus sexuel. In: Bulletin d'information de l'action enfance maltraité, 69: 25-50.
- Hiller, W./Leibing, E./Leichsenring, F. (2007): Lehrbuch der Psychotherapie. München.
- Schmidtchen, S. (2001): Allgemeine Psychotherapie für Kinder, Jugendliche und Familien. Stuttgart.
- Schwing, R./Fryszler, A. (2006): Systemisches Handwerk. Werkzeug für die Praxis. Göttingen.