



Inhalt

I Einleitung

- 1. Das KiD-Gesamtkonzept Seite 02
- 2. Grundverständnis unserer Arbeit Seite 02

II Diagnostisch/therapeutische Krisengruppe

- 1. Aufnahmekriterien Seite 05
- 2. Die pädagogische Arbeit in der Krisengruppe:
Konzept - Struktur – Milieu Seite 07
- 3. Diagnostisch/therapeutischer Prozess
 - 3.1 Ergebnisse der psychologischen Untersuchung
 - 3.1.1 Anamneseerhebung von Kind und Eltern Seite 08
 - 3.1.2 Psychodiagnostik des Kindes Seite 08
 - 3.1.3 Traumaspezifische Diagnostik des Kindes Seite 09
 - 3.1.4 Sozial- und Familiendiagnostik Seite 09
 - 3.2 Erkenntnisse aus der therapeutischen Arbeit
 - 3.2.1 Therapeutische Arbeit mit dem Kind Seite 10
 - 3.2.2 Therapeutische Arbeit mit den Eltern/ der Familie Seite 12
 - 3.3 Erkenntnisse aus dem pädagogischen Alltag Seite 14
- 4. Entlassungsphase
 - 4.1 Ergebnisse und Empfehlungen Seite 15
 - 4.2 Begleiteter Reintegrationsprozess in das Herkunftsmilieu bzw.
begleiteter Integrationsprozess in ein neues, indiziertes Lebensmilieu Seite 15
 - 4.3 Entlassung und Nachsorge Seite 15
- 5. Gesamtdiagnostisch/therapeutischer Prozess im Überblick - Tabelle Seite 16
- 6. Kooperation mit Jugendämtern und anderen Einrichtungen Seite 17

III Anschlussmaßnahmen

- 1. Soziotherapeutische Wohngruppe KiD - Stockum Seite 18
- 2. Behandlungsgruppe KiDo Seite 19
(in Kooperation mit der Educon GR.D in Hilden)

IV. Fortbildungsangebote des KiD Seite 20

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, seines Entwicklungszustandes, seiner Störungsbilder und Verhaltensauffälligkeiten und seiner bestehenden Problematik im Rahmen der Familie erstellt.

Zum KiD-Gesamtkonzept gehört weiterhin die **soziotherapeutische Wohngruppe**, in der schwer traumatisierte und entwicklungsgeschädigte Kinder leben und ein Zuhause finden können, das sich an ihren individuellen Bedürfnissen orientiert.

Eine weitere mögliche Anschlussversorgung bietet das KiD in Kooperation mit dem Jugendhilfeträger Educon mit der **Behandlungsgruppe KiDo**, in der 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. Diese prozesshaften Vorgänge umreißen die Arbeit im KiD.

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 selbst 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, verstanden auch als ein Innehalten „im Werden“, geht einher mit der quälenden Rückbesinnung auf stattgefundenere Erlebnisse, mit der Konfrontation und Wiederbelebung schmerzhafter Gefühle und aktiviert über Prozesse der Entlastung und Klärung verborgene Kräfte und Lebensmöglichkeiten.

Das Wissen um 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 umfasst Gewaltformen, die insbesondere die Seele des Kindes verwunden und seine Integrität bedrohen.

Der kindliche Entwicklungsweg wird vor allem dann tiefgreifend gestört, wenn die Gewalterfahrung andauernder und vor allem auch untrennbarer Bestandteil des Alltagserlebens ist, also Gewalthandlungen den Wachstumsprozess des Kindes begleiten. Irritiert und gefährdet in seinem natürlichen Bedürfnis nach 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.

In Anpassung an die jeweiligen Elternpersönlichkeiten und in Abhängigkeit von den Reaktionen seiner Eltern (gemeint sind im Folgenden immer die leiblichen Eltern und/oder auch die sozialen Eltern) entwickelt das Kind Abwehrverhalten und Symptome, die ihm kurzfristig Entlastung und auch eine gewisse Kontrolle bringen, die aber letztlich in ihrer langfristigen Wirkung vielfach zerstörerisch bzw. selbstzerstörerisch wirken.

Im Bemühen, sein psychisches Überleben zu sichern, entwickelt das Kind verschiedene Abwehrmechanismen und Bewältigungsstrategien und zeigt Verhaltensauffälligkeiten, die als Botschaft an die Außenwelt zu verstehen sind und Signalfunktion haben. Die Störungsbilder der Kinder enthalten die Geschichte ihrer psychischen Erfahrungen und Konflikte sowie deren bestmöglichen Lösungen, die das Kind im Laufe seines Lebens und seiner psychischen Entwicklung unter den wechselnden äußeren und inneren Bedingungen aufbauen konnte.

Ein Einsteigen in die Welt traumatisierter Kinder ist unerlässlich, will man Heilungsvorgänge initiieren. Es kommt darauf an, dass die Kinder sich mit ihrer Not, dem Schmerz einerseits und den ambivalenten Bindungen 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 allein bleiben mit ihrer Hilflosigkeit und Ohnmacht. Die Welt, die sie verletzt, wird ansonsten allzu leicht ihre eigene Welt sein.

Insbesondere Kinder, die früh massiver sexualisierter Gewalt ausgesetzt waren, entwickeln häufig zu ihrem Schutz eine Affektumkehr, die ihnen später als Identifikationsorientierung dient. So wird zum Beispiel aus Schmerz sukzessive Lust, was sie zur Perversion prädestiniert. Der eigene Schmerz wird verneint und betäubt. Zum Ausgleich muss das abgewehrte Schmerzgefühl im Anderen ausgelöst oder gegen sich selbst gerichtet werden. Die Erfahrung zeigt, dass aus lang andauerndem passiv leidvollem Erleben sukzessive aktiv destruktives Handeln - nach innen und nach außen - wird, wodurch psychopathologische Prozesse im Kind in Gang gesetzt werden können. Der Versuch des Kindes, seinen Schmerz von sich zu halten, ihn abzuleiten, schafft ihm vorübergehende Erleichterung und produziert oft nur schwer umkehrbare Wiederholungen. Um einer solchen Chronifizierung von Fehlentwicklungen mit den bekannten fatalen persönlichkeitsstrukturellen und gesellschaftlichen Folgen entgegenzutreten, bedarf es der möglichst frühen diagnostischen Aufmerksamkeit und therapeutischen Behandlung und ist 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 Eruiieren von stattgefundenen Gewalthandlungen muss bei der Beurteilung des Störungsbildes des Kindes eingebettet sein in den gesamten Entwicklungsverlauf 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 um eine psychogene Störung 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 einer fachlich spezialisierten multiprofessionellen Arbeitsgruppe, wie es das KiD bietet. Über den interdisziplinären Arbeitszirkel vor Ort hinaus arbeitet das KiD in enger Kooperation mit anderen Fachstellen, Fachärzten und Sozialarbeitern zusammen.

Fundamente der Arbeit: Professionalität, Interdisziplinarität, Kooperation

Ein Mangel an frühkindlichen Beziehungs- und Bindungserfahrungen, das Erleben von Vernachlässigung oder gar Deprivation und seelische, körperliche und sexuelle Gewalteinwirkung hinterlassen im Kind tiefgreifende Entwicklungsstörungen, Traumatisierungsspuren und Symptombilder. Dieses komplexe Syndrom und die damit einhergehende dynamisch-familiale Verflochtenheit erfordert 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 einer Arbeitsgruppe aus den verschiedenen Fachbereichen der Psychologie, der Heilpädagogik, der Sozialpädagogik/-arbeit und der Soziologie.

Die durch Medizin (speziell Pädiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, der 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 12 Kinder (Mädchen und Jungen) im Alter von ca. vier bis zwölf Jahren.

Aufnahme finden:

- ▶ 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, bei denen ein diagnostischer Bedarf zur Abklärung möglicher Gewalterfahrungen besteht

- ▶ 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 Störungsbilder vielfach mit Krankheitswert. Dazu gehören insbesondere:

- 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)

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

Nicht aufgenommen werden Kinder mit Krankheitsbildern, die eine klinische kinderpsychiatrische Behandlung erfordern, wie z.B. kindliche Psychosen und ihre Sonderform des Autismus, ebenso Kinder mit geistiger und schwerer körperlicher Behinderung.

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 Grenzen und über Umgang mit gesetzten 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 und 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 Symptomprache 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 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 Kinder verborgen liegen, erkennbar werden. Diese Erfahrung ruft in den Kindern Kräfte von Zuversicht, Lebensfreude und Dankbarkeit wach, die für alle Beteiligten als bedeutsame und bewegende Momente erlebt werden und die das Gruppenklima heilsam beeinflussen.

Aufgrund der schweren Störungen, Auffälligkeiten und heftigen Krisen dieser Kinder und ihrer Familien stoßen alle Mitarbeiter auch an ihre eigenen Grenzen. Eine regelmäßige Fallberatung, Supervision und Fortbildung, die gegenseitige Unterstützung im psychohygienischen Sinne 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 (bei der Auswahl spielt u.a. das Geschlecht eine wichtige Rolle) 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. Auch im Zusammenhang mit den regelmäßigen Besuchskontakten der Eltern besitzt der Mentor eine bedeutsame Vermittlerfunktion.

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 pädagogische Arbeit mit den Eltern – Kontakte, Besuche, Familientage

Der wöchentlich regelmäßig stattfindende Besuchstag, an dem sich Eltern und Kind begegnen, ist aus verschiedenstem Blickwinkel 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,

oftmals während des KiD-Aufenthaltes sich differenzierenden Bedürfnissen nach Bindung, Beziehung und Schutz im Fokus. In einem offenen Rahmen treffen Eltern und Kind aufeinander und gestalten jeweils ihre Zeit vor Ort oder außerhalb der Einrichtung. Oft suchen Eltern, 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 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. Die Erfahrung von Verlässlichkeit und Struktur im Alltag ist ein wesentlicher und sichtbarer Entwicklungs- und Entlastungsfaktor für das Kind. Darüber hinaus bieten diese Besuchsnachmittage die Möglichkeit, die im therapeutischen Kontext mit den Eltern erarbeiteten, veränderten Zugänge zu sich selbst und dem Kind zu erproben und zu reflektieren.

An Familientagen, die alle drei Monate stattfinden, sollen 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 etc. hat sich auch eine „Großgruppenkonferenz“, an denen die Kinder, Eltern, Pädagogen und Therapeuten teilnehmen, etabliert. Bei dieser Zusammenkunft werden Gedanken über ein vorher festgelegtes, oft aktuelles Thema zusammengetragen, diskutiert und geklärt.

3. Diagnostisch/therapeutischer Prozess

Der gesamte diagnostisch/therapeutische Prozess im KiD steht auf der Basis eines intensiven Austausches und des Ineinanderwirkens 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 Blickwinkel 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 des Störungsbildes 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. Kenntnisse von der jeweiligen Lebensgeschichte der Eltern und deren psychischen Strukturen, wobei ein verschärfter Blick auch auf intergenerative Zusammenhänge gerichtet wird, bilden die Basis für ein umfassendes Verständnis der Psychogenese des Kindes. Die Psychogenese 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.

Ziel und Zweck der Anamnese ist die Diagnose des Kindes, die daraus resultierende Empfehlung und die darauf aufbauende Beratung und Therapie.

3.1.2 Psychodiagnostik des Kindes

Zur Diagnoseerstellung bedarf es eines schlüssigen Zusammenhanges zwischen dem sich zeigenden kindlichen Persönlichkeitsbild, der zugehörigen, die Krise auslösende Lebenssituation und den vorliegenden Auffälligkeiten, Krankheitszeichen und Symptomen des Kindes.

Die vielschichtige psychodiagnostische Untersuchung basiert zum einen auf einer altersbezogenen Lern- und Leistungsdiagnostik. Die Bewertung der Fähig- und Fertigkeiten, Interessen, Motivationen und Kenntnissen insbesondere von multipel geschädigten Kindern bedarf einer besonders geschulten und sensiblen Erfahrung, will man die oftmals hinter Schutzmechanismen (z.B. Flucht in die Pseudo-Debilität) verborgenen Möglichkeiten des Kindes erkennen. Zum anderen und in Abgrenzung zu allgemeinen oder spezifischen Fähigkeits- oder Leistungsdimensionen finden zur Erfassung der Gesamtpersönlichkeit des Kindes neben der Kontakt- und Beziehungsdiagnostik im freien, ungeleiteten Spiel und Gespräch insbesondere projektive Testverfahren Anwendung. Mit ihrer Hilfe bringt das Kind seine eigene, innere Welt, seine Gefühle, Stimmungen, Haltungen und Bedrängnisse u.a. zum Ausdruck, was der Erfassung seines Entwicklungsstandes, seiner psychischen Struktur, seiner Affekt- und Konfliktlage und seiner benutzten Abwehrmechanismen dient. Die sich während der psychodiagnostischen Untersuchung ergebenden Befunde und die sich verdeutlichende psychosoziale Situation des Kindes geben Aufschluss über die bestehende Problemlage und/oder einen sich verdichtenden Verdacht auf Gewaltschädigung des Kindes. Vor diesem Hintergrund ist in Folge eine gesonderte fachspezifische Untersuchung notwendig, die der Abklärung und gegebenenfalls Spezifizierung stattgefundener Gewalterfahrungen dient.

3.1.3 Traumaspezifische Diagnostik des Kindes

Bei bestehendem Verdacht und entsprechenden Ergebnissen der psychodiagnostischen Untersuchung wird eine auf das Gewalt-Syndrom ausgerichtete traumaspezifische Diagnostik des Kindes als indiziert angesehen. Diagnostik bei Verdacht auf seelische, körperliche und/oder sexuelle Misshandlung 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. 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

3.1.4 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, besteht parallel zur individuellen körperlichen, seelischen, kognitiven und psychosozialen Entwicklung des Kindes und hat wesentlich 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 in Teamkonferenzen diskursiv betrachtet und diskutiert werden.

Die Familiendiagnostik liefert über die diagnostische Bedeutungsebene hinaus eine zentrale Grundlage für die auszusprechenden Empfehlungen, ob und unter welchen Bedingungen eine Rückführung in die Familie angeraten werden kann.

3.1. Ergebnisse der psychologischen Untersuchung

Neben dem übergeordneten Ziel von Therapie, heilende Prozesse in Gang zu setzen, fließen die aus den verschiedensten krisentherapeutischen Sitzungen gewonnenen Erkenntnisse unmittelbar in das diagnostische Verstehen ein.

3.2.1. Therapeutische Arbeit mit dem Kind

Entsprechend des interdisziplinär ausgerichteten KiD-Konzeptes ist die psychologisch/therapeutische Arbeit mit gewaltgeschädigten Kindern und deren Familienmitgliedern angewiesen auf methodische Vielfalt und Flexibilität. Der krisenbezogene, kurzzeittherapeutische Prozess im KiD macht sich zur Hauptaufgabe, die bestehende Beziehungsangst, Beziehungsfeindlichkeit und Beziehungsvermeidung 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. Die allzu häufig nur fragil entwickelte Persönlichkeitsstruktur von früh geschädigten und traumatisierten Kindern, die trotz tiefer Beziehungssehnsucht zudem eine schwer verletzte Vertrauensfähigkeit und Vertrauensbereitschaft aufweist, markiert wesentlich die therapeutische Arbeit und erfordert u.a. eine starke Hilfs-Ich bezogene Methodik. Im geschützten Rahmen des kurzzeittherapeutischen Prozesses geht es vorrangig und unabhängig vom therapeutischen Setting um die Erfahrung der verlässlichen Wiederkehr der therapeutischen Beziehungsperson, des Raumes und seiner jeweiligen Gestaltung. Auf einer mit Vertrauen wachsenden Basis und an den Möglichkeiten des Kindes orientiert machen sich Therapeut und Kind auf den Weg, 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.

Tiefenpsychologisch fundierte Kinderpsychotherapie

Kinder, deren inneres Strukturniveau es erlaubt, mit ihnen über ihre Geschichte zu reden bzw. mit ihnen darüber ins Spiel zu kommen, erhalten eine tiefenpsychologisch fundierte, krisenorientierte Kurzzeitpsychotherapie.

Mit Hilfe seiner Symbolisierungskräfte webt das Kind quasi 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 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.

Große Bedeutung spielt in diesem therapeutischen Setting das Übertragungs- und Gegenübertragungsgeschehen, wobei sorgsam darauf geachtet wird, dass vertiefte, regressive Prozesse vermieden werden. Diese gehören in das Behandlungskonzept einer langfristig angelegten psychotherapeutischen Anschlussbehandlung, wie sie in der soziotherapeutischen Wohngruppe KiD-Stockum und in der Behandlungsgruppe KiDo-Hilden ermöglicht und sicher gestellt ist.

Bewegungs- und Ausdruckstherapie

Viele Kinder, die zur Untersuchung ins KiD kommen, zeigen derartig desorientierte, getriebene und ganzheitlich verwundete Zustandsbilder, dass die oben beschriebenen therapeutischen Zugänge sich als zunächst nicht möglich und sinnvoll erweisen. Die sowohl opfer- als auch täteridentifizierten Kinder benötigen einen speziellen, therapeutisch geschützten und großzügigen Rahmen, in dem sie ihrem gesteigerten Drang zum Agieren und dramatischen Gestalten Ausdruck verleihen können.

Diese multipel traumatisierten, in ihrer Entwicklung schwer beeinträchtigten Kinder haben ihre Gefühle verbannt und sind zugleich in ihnen gefangen. Worte für Geschehenes fehlen, Spiel und Symbolisierung sind kaum möglich oder bringen sie in die Dekompensationsnähe. Um Zugänge zu ihrer verbarriadierten Welt, zu ihrer oft lärmenden und getriebenen Ausdrucksweise zu finden, um ihnen und uns den Hintergrund ihres Gewalthandelns verstehbar zu machen und um die vielschichtigen, überlagernden Probleme entwirren und entschlüsseln zu können, benötigen diese Kinder einen anderen, spezialisierten therapeutischen Ausdrucks- und Behandlungsrahmen. Oftmals sind die angstgeleiteten Gefühle dieser Kinder, ihr Hass und ihre mörderische Wut, ihr Destruktionsdrang, ihre Enttäuschung, Ohnmacht, Trauer und Einsamkeit, vor allem auch ihre Verlassenheit so tiefgreifend und/oder liegen als Erfahrung im vorsprachlichen Bereich, dass ein kinderpsychotherapeutisches Angebot in Form der Bewegungs- und Ausdruckstherapie das Mittel der Wahl ist.

In dem Glauben an das eigene, verborgene Wissen um einen begehbaren Weg aus der Krise bietet das bewegungstherapeutische Setting dem Kind einen Aktionsraum, in dem es sich eigenen Impulsen folgend gestalten kann. Wenn Erlebnisse einer Versprachlichung nicht zugänglich sind, wird die Möglichkeit gegeben, im Bewegungsspiel und in der spielerisch-bewegten Interaktion mit dem Therapeuten einen Ausdruck zu finden bzw. Lösungswege zu erproben. Die bewegungstherapeutische Begleitung bietet diesen, von ihren Ängsten und Zerstörungskräften verfolgten Kindern einen gesicherten Freiraum, der nach einiger Zeit in aller Regel den Kindern kaum gekannte Zustände von Ruhe und erahntes Vertrauen ermöglicht. Vor dieser Erfahrung werden erste Klärungs- und Veränderungsschritte möglich.

Heilpädagogische - Kunsttherapeutische Gruppenangebote

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 der Kinder manifestieren sich Botschaften innerer Themen und Konflikte, die diagnostischen Wert besitzen.

Das Arbeiten in kunsttherapeutischen Kleingruppen 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. Soziale Eigenständigkeit im Prozess wird erprobt und entwickelt.

Der nonverbale Charakter des bildnerischen und musikalischen Erlebens im Rahmen der Mal- und Gestaltungstherapeutischen Gruppe und der Musiktherapeutischen Gruppe ermöglicht es dem Kind, sich sinnlich zu erfahren, sich auszuprobieren und neue Lösungswege zu suchen, seinen Schmerz auszudrücken und seine Ressourcen zu finden. Der Symbolisierungsausdruck über die Material- und Instrumentenwahl und deren (Klang-) Farbe eröffnet dem Kind den Weg, sich aktiv-produzierend und über die freie Improvisation mit seinen Gefühlen auseinander zu setzen. Auch die schnelle Abfolge von Spannungs-Lösungs-Vorgängen mit der Möglichkeit kathartischer Effekte bietet Zugänge zum Selbsterleben und Erleben von sich mit anderen. Diese heilpädagogisch wirksame, musisch-künstlerische Expression macht zum einen regressive Momente erfahrbar, zum anderen werden Ich-Kräfte und Individuationsprozesse im Kind angeregt und gefördert.

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, der psychoanalytische und systemische Aspekte einbezieht.

Neben der systemischen Betrachtung der Familie wird auf der Basis des Verständnisses der Zusammenhänge zwischen intrapsychischen und interaktionellen Vorgängen mit dem Konzept der Übertragung und Gegenübertragung gearbeitet, die weitere diagnostische Erkenntnisse ermöglichen und gegebenenfalls therapeutische Interventionen erschließen.

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 Familientherapie/-beratung

Mit dem Erstkontakt im Gespräch mit der Mutter/ dem Vater/ dem Paar beginnt der Versuch eines gemeinsamen emotionalen und kognitiven Verstehensprozesses, der Gegenwart und Vergangenheit eigengeschichtlicher und familialer Beziehungserfahrungen rekonstruierend miteinander verknüpfen will. Der Schwerpunkt in der therapeutischen Arbeit mit den Angehörigen des Kindes liegt vorrangig auf der Entzifferung des unbewussten Sinnes 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 ein jeweils 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. An dieser Stelle sei darauf hingewiesen, dass auch bei der krisenbezogenen Familienarbeit im KiD der Fokus auf der Veränderungsbereitschaft der betroffenen Erziehungspersonen liegt und dass die initiierten, therapeutisch bedeutsamen Schritte im Sinne einer Therapiemotivation zu verstehen sind.

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/missbraucht, 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.

Eine so angelegte Elternarbeit liefert den Schlüssel zu einer vertikalen, nämlich erinnernden Perspektive und im Verlaufe der therapeutischen Gespräche mit der Mutter/ dem Vater kommt es auf diese Weise zum Summationseffekt des Verstehens. 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 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. So geht es 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 vom Anderen.

Die Elterngruppe richtet sich nicht nur an Kinder aus der diagnostisch/therapeutischen Krisengruppe, sondern auch an die Angehörigen der soziotherapeutischen Wohngruppe in Stockum sowie der Behandlungsgruppe KiDo.

3.3 Erkenntnisse aus dem pädagogischen Alltag

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 finden auf den verschiedensten Ebenen von Bindung und Beziehung, dem zwischenmenschlichen Kontakt, des Symptomausdrucks und des Sozialverhaltens statt. 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 dieses komplexen Übertragungs- und Gegenübertragungsgeschehens 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.

Neben Psychodiagnostik und Therapie bildet der komplexe pädagogische Alltag die Grundlage für den erhofften Erfolg: die Beseitigung von Entwicklungsblockaden und der Aufbau einer psychosozialen Struktur von früh geschädigten und früh traumatisierten Kindern und damit der Anfang zu einer emotionalen Stabilisierung und ein Ausweg aus der Krise.

4. Entlassungsphase

4.1 Ergebnisse und Empfehlungen

Vor dem Hintergrund des ganzheitlichen Blicks auf die spezifische Problematik des jeweiligen Kindes und seiner Familie werden gemäß der Befunde und der diagnostischen Einschätzung Empfehlungen für das Kind und seine Familie ausgesprochen, auf deren Basis der Auftraggeber sein Handeln aufbauen kann. Eingang in die auszusprechenden Empfehlungen für das Kind finden:

- der psychosexuelle Entwicklungsstand
- das Störungsbild mit seinen Ausdrucksformen
- Ursache und der 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 schriftliche Fixierung der Ergebnisse, die der vertraulichen Behandlung bedürfen und mit der Familie besprochen sind, werden in einem umfassenden Abschlussbericht festgehalten.

Vor dem Hintergrund erarbeiteter Ergebnisse der gesamt-diagnostisch/therapeutischen Arbeit unterstützt das KiD den Prozess der Findung eines, speziell auf die Problematik und Bedürfnisse des Kindes ausgerichteten, geeigneten Lebensortes, wenn eine Rückführung des Kindes in die Herkunftsfamilie als begründet nicht sinnvoll erachtet wird.

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, bietet KiD Hilfe bei der Suche nach einem geeigneten, auf das Störungsbild des Kindes ausgerichteten Lebensort an. In diesem Fall wird eine Anbahnung und Überleitung 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. Bei Kindern, die nach der diagnostisch/therapeutischen Krisengruppe in andere stationäre Unterbringungsformen vermittelt werden, stellen wir unsere Erfahrungen mit anderen Einrichtungen zur Verfügung. Die Kontaktherstellung, und die Überleitung gestalten wir gemeinsam mit den Kindern und deren Angehörigen.

5. Gesamtdiagnostisch/therapeutischer Prozess im Überblick
Psychodiagnostik
Sozialdiagnostik

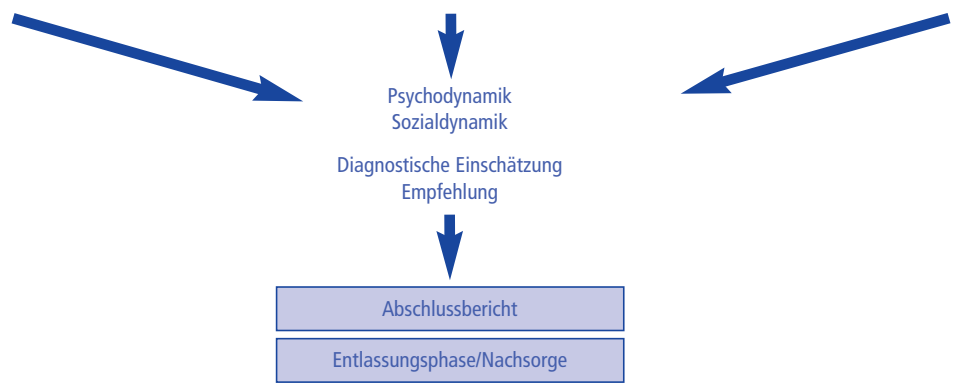
- Methodenspezifische, interaktionelle Diagnostik
1. Überweisungshintergrund
 - Aktenkundige Familiensituation
 - Bisherige Hilfsangebote/Therapien
 2. Anamnese
 - Lebensgeschichte der Eltern
 - Körperliche, seelische und psychosoziale Entwicklung des Kindes
 3. Familien-Systemdiagnostik
 - Intergenerationale, familiäre Struktur
 - Beziehungsstruktur
 - Status und Umweltfaktoren
 - Familiäre Ressourcen und Bewältigungsstrategien
 4. Symptoment Exploration
 - Vor der Aufnahme
 - Während des KiD-Aufenthaltes
 5. Testdiagnostik
 - Leistungsdiagnostik
 - Persönlichkeitsdiagnostik
 - Projektive Diagnostik
 - Familiendiagnostik
 6. Exploration über Spiel und Gespräch
 - ungeleitet
 7. Traumaspezifische Diagnostik
 - geleitet
 8. Medizinischer Status
 - Kinderärztliche Untersuchung
 - Kindergynäkologische Untersuchung
 - Kinderpsychiatrische Untersuchung

Verhaltensbeobachtung

- Interaktionelle Beobachtungen im Alltag der Krisengruppe
- Diagnostisch relevante Beobachtungen unter besonderer Berücksichtigung des Übertragungs/Gegenübertragungsgeschehens
1. Beziehungsebene
 - Beziehungsfähigkeit gegenüber Eltern, Pädagogen, Kinder
 2. Bindungsebene
 - Bindungsfähigkeit gegenüber Eltern, Pädagogen, Kinder
 3. Kontaktebene
 - Kontaktverhalten gegenüber Eltern, Pädagogen, Kinder
 4. Symptomebene
 - Symptombearbeitung u.a. von Ängsten, Zwängen, Wut, Aggression, Trauer, Stimmungszuständen
 5. Sozialverhaltensebene
 - Sozialverhalten gegenüber Eltern, Pädagogen, Kinder
 6. Ressourcenebene:
 - Fähigkeiten und Stärken des Kindes
 - Fähigkeiten und Stärken der Familie

Therapeutischer Prozess

- Therapie/Beratung für Kind und Familie
- Ergänzende Ergebnisse aus Therapie und Beratung von Kind und Familie
1. Krisenbezogene/Traumaspesifische Kinderpsychotherapie
 - tiefenpsychologisch fundierte Kinderpsychotherapie
 - Bewegungs- und Ausdruckstherapie
 2. Heilpädagogische - Kunsttherapeutische Gruppenangebote
 3. Einzel-, Paar- und Familien-Therapie/Beratung
 4. Elterngruppe



6. Kooperation mit Jugendämtern und anderen Einrichtungen

Über die innerinstitutionellen, interdisziplinär arbeitenden Arbeitszirkel hinaus, arbeitet das KiD 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, Diakonie, Caritas) 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 in den neu gewonnenen Erkenntnis- und Verständnisprozess miteinbezogen werden, nicht zuletzt, um eine nahtlose Beratung und Betreuung des Kindes bzw. der Familie nach der Entlassung aus dem KiD zu ermöglichen.

Zu unserem Selbstverständnis gehört es auch, unsere Fachlichkeit und langjährige Erfahrung in verschiedenen Arbeitskreisen auf regionaler und überregionaler Ebene zur Verfügung zu stellen und den Prozess der Vernetzung voranzutreiben.

III. Anschlussmaßnahmen

1. Soziotherapeutische Wohngruppe KiD - Stockum

Zum KiD-Gesamtkonzept gehört die soziotherapeutische Wohngruppe, ein Haus in Düsseldorf-Stockum. Hier finden Kinder, die nach ihrem Aufenthalt in der diagnostisch/therapeutischen Krisengruppe aufgrund ihrer chronischen Defizite, Traumatisierungen und schweren Störungsbilder nicht mehr in ihre Ursprungsfamilie zurückkehren können, eine mittel- bis langfristig angelegte heilende, an ihren Entwicklungskräften orientierte Lebensperspektive.

Die Ansätze der Arbeit der Krisengruppe werden in der 6 Plätze umfassenden Wohngruppe für Jungen und Mädchen fortgesetzt.

Das auf Heilung ausgerichtete Konzept dieser spezialisierten, an soziotherapeutischen Maßstäben orientierten Gruppe ist ausgerichtet für:

- sehr junge Kinder, deren psychische Strukturen aufgrund frühkindlicher Mangelsituationen und unbewältigter Traumaspuren schwere Entwicklungsstörungen aufweisen und
- ältere Kinder bzw. Jugendliche, die aufgrund massiver Traumatisierungserfahrungen nicht mehr in ihrem bisherigen Umfeld leben können und deren innerpsychische Struktur aber eine Eingliederung in eine Gruppengemeinschaft erlaubt.

Nach den Repressalien und der von den Kindern häufig erlebten Unausweichlichkeit der Beziehungsdichte im Rahmen ihres elterlichen Milieus, benötigen die Kinder Menschen, die professionell in der Lage sind, mit ihnen die Bitterkeit ihres bisherigen Lebens und die daraus entstammenden Gefühle zu ertragen und auszuhalten. (Nicht das baldige emotionale Neuanbinden ist das, was multipel traumatisierte Kinder brauchen, das dient mehr dem Reparationswunsch von uns Erwachsenen.) Die soziotherapeutische Wohngruppe ist darauf ausgerichtet, eine gewährende, (symptom-) tolerante Lebenskultur mit einem angstbefreiten Lebens- und Lernraum zu schaffen, in der Schutz und Sicherheit geboten wird. An diesem Ort erfahren die Kinder vor allem auch das, was sie frühkindlich oft nicht erfahren konnten, nämlich Rhythmus, verlässliche Wiederkehr und ausreichend Zeit für sich selbst und ihre anstehende Entwicklung.

Die Kinder und Jugendlichen der Wohngruppe werden durch erfahrene Fachpädagogen betreut. Da insbesondere früh beziehungsverletzte und traumatisierte Kinder große Probleme in ihrem Nähe-Distanz-Verhalten zeigen und elementare Bindungsängste und Beziehungsmisstrauen mit Entwicklungshemmungen bei oftmals verfestigter zwangsgeprägter Pseudoautonomie einhergehen, profitieren die Kinder in dieser Gemeinschaft von verlässlichen, wechselnd wiederkehrenden Bezugspersonen.

Das Konzept vermeidet bewusst ein familienähnliches Gefüge, damit die innerpsychisch vorhandenen Elternbilder, die ja auch zu einem Teil im Selbstbild des Kindes verankert sind, nicht zu aller Schwere noch in Konkurrenz mit „besseren“ Eltern gebracht werden. Dieser Gedanke prägt auch die Elternarbeit dieser Gruppe. Die ganzheitliche Sichtweise der Problematik des Kindes und Jugendlichen umfasst, dass das Kind und seine Familie in all seinen Lebens- und Sozialisationsfeldern gesehen und weitgehend eingebunden wird.

Vor diesem konzeptionellen Hintergrund ist die sichergestellte, langfristig angelegte psychotherapeutische Behandlung traumatisierter Kinder sinnvoll möglich. Parallel zu dem umfassenden therapeutischen Behandlungsprogramm für diese Kinder findet eine fachliche Prozessdiagnostik statt, die eine Überprüfung der Zielsetzung garantiert.

Das Zusammenwirken der alltagsbezogenen, soziotherapeutisch wirksamen Erfahrungswelt mit der einzelpsychotherapeutischen Behandlung des Kindes/Jugendlichen bildet den Boden für Heilungs- und Reifungsprozesse, die seelisches Wachstum im Sinne eines stabilisierten Selbstkonzeptes ermöglichen.

2. Behandlungsgruppe KiDo (in Kooperation mit der Educon GR.D in Hilden)

Die Gruppe KiDo ist ein Kooperations-Angebot von KiD und dem Jugendhilfeträger Educon GR.D in Hilden, wo die Behandlungsgruppe auch organisatorisch verortet und angeschlossen ist.

Als weitere mögliche Anschlussversorgung bietet die Behandlungsgruppe KiDo ein Konzept für multipel traumatisierte Kinder, bei denen das psychische Störungsbild zum einen und die bestehende Familienstruktur zum anderen eine sofortige Rückkehr in das Herkunftsmilieu nicht ratsam erscheinen lässt. Diese Behandlungsmaßnahme gilt als indiziert, wenn die progressiven Veränderungsmöglichkeiten sowohl im Kind selbst als auch bei seiner Familie als ausreichend und tragfähig genug erscheinen und eine Zusammenführung der Familie erkennbares Ziel ist.

Das Ineinandergreifen der Leistungsmerkmale von Educon im pädagogischen Handlungsvollzug und der diagnostisch-/therapeutischen Fachkompetenz von KiD optimiert die Zielsetzung und Arbeit. KiD übernimmt die fachliche Aufsicht und koordiniert die therapeutischen Prozesse mit dem Auftrag, Behandlungsschritte zu begleiten, gegebenenfalls zu verändern bzw. Ziele neu zu definieren, damit einem bestmöglichen kindlichen Heilungsweg Rechnung getragen werden kann.

Konzeptionelle Grundlage des Behandlungsauftrages der KiDo ist die Sicherstellung einer zumeist hochfrequentierten Kinderpsychotherapie durch niedergelassene Psychotherapeuten. Mit Hilfe der therapeutischen Langzeitbehandlung können altgreifende Veränderungsprozesse im Kind initiiert werden und greifen. In diesem Behandlungsprozess ist eine kontinuierlich begleitende Elterntherapie mit eingeschlossen. Um dem anspruchsvollen Ziel auf Heilung Rechnung zu tragen, ist ein konzeptionell verankerter, engmaschiger Austausch zwischen fachlich qualifizierter, therapeutisch wirksamer Pädagogik im Alltagsgeschehen und tiefenpsychologisch ausgerichteter, traumaerfahrener Einzelpsychotherapie notwendig. Dieser entscheidende Prozess bedarf der regelmäßigen Reflexion und Überprüfung durch die Fachaufsicht, um die bedeutsame Schnittstelle zwischen Pädagogik und Therapie fruchtbringend zu nutzen.

Der Alltag der Behandlungsgruppe wird von seinem soziotherapeutischen Milieu bestimmt. Die Mitarbeiter halten die Balance zwischen Gewähren- und Probieren lassen auf der einen Seite und der Konsequenz und Darstellung von Realität und klaren Strukturen auf der anderen Seite. Über das rhythmische Einüben notwendiger Alltagsanforderungen hinaus, sind die verschiedenen therapeutischen Maßnahmen zentraler und integraler Bestandteil im Tagesablauf. Im Sinne ganzheitlicher Behandlung haben u.a. auch therapeutisches Reiten und tanztherapeutische Stunden ihren festen Platz.

Weiterer und wesentlicher, die Arbeit in der KiDO bestimmender Aspekt ist auch der Schutz der Integrität des Kindes durch die Pädagogen in Form von Grenzsetzung gegenüber den Eltern sowie dem sozialen Umfeld, auch im Sinne von Schutz vor potentiell weiterer Traumatisierung.

Das dem Kind vertraute Familienmilieu spielt in dieser pädagogisch therapeutischen Arbeit eine wichtige Rolle und muss sowohl Fokus der alltäglichen Arbeit in der Gruppe als auch Fokus therapeutischer Überlegungen sein. So haben die Kinder regelmäßigen Kontakt zu ihren Eltern, der seitens der Pädagogen begleitet und unterstützt wird. Gerade in oft destruktiven Eltern/Kind-Beziehungen befinden sich die Kinder auch aufgrund von Loyalitätsdruck in intensiven Abhängigkeiten, was in ihnen unerträgliche Ambivalenzgefühle hervorruft. Die Kinder haben meist nur dann eine Chance diese Ambivalenzgefühle zuzulassen, wenn sie erfahren, dass ihre Eltern durch die pädagogischen Mitarbeiter gewürdigt, akzeptiert und auch begrenzt werden. Dies ermöglicht den Kindern zudem, sukzessive einen realistischeren Blick auf ihre Eltern zu richten, sich von Fremdbestimmung durch sie zu autonomisieren, um eigene Schritte gehen zu können.

> Fortbildungsangebote des KiD

Gegenwärtig werden durch Mitarbeiter des KiD auf Anfrage zielgruppenorientierte, sozialpädagogische Fortbildungen angeboten, die thematisch nach Abstimmung der jeweiligen Erfordernisse und Bedürfnisse ausgerichtet sind.

KiD
Stationäre Facheinrichtung für gewaltgeschädigte Kinder

Kind in Düsseldorf gGmbH

Kronenstraße 38
40217 Düsseldorf

Telefon: 0211-31 20 23
Telefax: 0211-33 34 17

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