

FRÜHFÖRDERUNG INTERDISZIPLINÄR



Pretis • Dimova

# Frühförderung mit Kindern psychisch kranker Eltern

3. Auflage

 reinhardt

Beiträge zur Frühförderung interdisziplinär – Band 12

Manfred Pretis · Aleksandra Dimova

# **Frühförderung mit Kindern psychisch kranker Eltern**

Mit 17 Abbildungen und 10 Tabellen

3., überarbeitete Auflage

Ernst Reinhardt Verlag München Basel

Prof. Dr. phil. *Manfred Pretis*, Klinischer Psychologe und Integrationspädagoge, leitet die Unternehmensberatung „Sozial Innovatives Netz“ und ist Professor für Transdisziplinäre Frühförderung an der Medical School Hamburg.

Dr. med. *Aleksandra Dimova*, Ph.D., habilitiert in biologischer Psychiatrie und ist Fachärztin für Psychiatrie in freier Praxis in Graz.

Außerdem von Prof. Dr. Manfred Pretis im Ernst Reinhardt Verlag lieferbar:

Pretis, M.: ICF-basiertes Arbeiten in der Frühförderung.

1. Auflage 2016, ISBN 978-3-497-02589-3

Brandau, H., Pretis, M., Kaschnitz, W.: ADHS bei Klein- und Vorschulkindern.

3., aktual. Auflage 2014, ISBN 978-3-497-02439-1

Pretis, M.: Frühförderung planen, durchführen, evaluieren.

2. Auflage 2005, ISBN 978-3-497-01758-4 (E-Book)

Hinweis: Soweit in diesem Werk eine Dosierung, Applikation oder Behandlungsweise erwähnt wird, darf der Leser zwar darauf vertrauen, dass die Autoren große Sorgfalt darauf verwandt haben, dass diese Angabe dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes entspricht. Für Angaben über Dosierungsanweisungen und Applikationsformen oder sonstige Behandlungsempfehlungen kann vom Verlag jedoch keine Gewähr übernommen werden. -- Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnungen nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

#### Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

ISBN 978-3-497-02592-3 (Print)

ISBN 978-3-497-60257-5 (E-Book)

© 2016 by Ernst Reinhardt, GmbH & Co KG, Verlag, München

Dieses Werk, einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne schriftliche Zustimmung der Ernst Reinhardt GmbH & Co KG, München, unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen in andere Sprachen, Mikroverfilmungen und für die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Printed in Germany

Cover unter Verwendung eines Fotos von © Superingo / Fotolia.com

Satz: SatzBild, Ursula Weisgerber

Ernst Reinhardt Verlag, Kemnatenstr. 46, D-80639 München

Net: [www.reinhardt-verlag.de](http://www.reinhardt-verlag.de) E-Mail: [info@reinhardt-verlag.de](mailto:info@reinhardt-verlag.de)

# Inhalt

<b>1</b>	<b>Zusammen arbeiten: im Team und mit Eltern</b> .....	<b>9</b>
<b>2</b>	<b>Vergessene Kinder</b> .....	<b>13</b>
2.1	Auffällige Unauffälligkeit .....	13
2.2	Ein neues Problem? Zwischen erhöhter Sensibilität und realem Anstieg psychischer Verletzlichkeit .....	28
2.2.1	Epidemiologische Daten .....	28
2.2.2	Die Balance zwischen Risiko und Resilienz .....	34
2.2.3	Die Öffnung der Psychiatrie .....	37
2.3	Und die Kinder? .....	38
2.4	Psychische Erkrankung bzw. Verletzlichkeit der Eltern – terminologische Klärungen .....	39
<b>3</b>	<b>Leben mit einem psychisch verletzlichen Elternteil – wie geht es den Kindern?</b> .....	<b>45</b>
3.1	Die biologische Ebene .....	48
3.2	Der Stellenwert der Bindung zwischen biologischen und psycho-sozialen Parametern .....	51
3.3	Die (entwicklungs-)psychologische Ebene .....	58
3.3.1	Kleinkindalter (null bis drei Jahre) .....	58
3.3.2	Vorschulalter (drei bis sechs Jahre) .....	60
3.3.3	Die frühe Kindheit aus der Retrospektive .....	61
3.4	Die soziale Ebene .....	64
3.5	Welche psychologischen Überlebensstrategien entwickeln Kinder? .....	66

<b>4</b>	<b>Was Kinder psychisch verletzlicher Eltern stärkt</b> .....	<b>70</b>
4.1	Kleinkinder über die Erkrankung ihrer Eltern informieren und Verständnis ermöglichen .....	70
4.2	Resilienzprozesse aktivieren .....	77
4.3	Das Konzept der „Vulnerabilität“ .....	79
4.4	Was kennzeichnet „resiliente“ Kinder? .....	81
4.5	Resilienzfaktoren .....	82
4.5.1	Kindzentrierte Resilienzfaktoren und -prozesse .....	82
4.5.2	Familienzentrierte Resilienzfaktoren und -prozesse .....	98
4.5.3	Umwelt- bzw. systemabhängige Resilienzfaktoren und -prozesse .....	106
4.5.4	Screeninginstrument zur Erfassung von Resilienzfaktoren bei Kleinkindern .....	111
<b>5</b>	<b>Frühe Förderung mit Kleinkindern depressiver Eltern</b> .....	<b>119</b>
5.1	Ressourcen in der Arbeit mit Kindern depressiver Eltern .....	119
5.2	Aus der Sicht des Kindes .....	120
5.2.1	Unverständliche Signale .....	120
5.2.2	Sorgen und Gedanken, die die Kinder nicht verstehen .....	121
5.2.3	Alltagsstrukturen, die zusammenbrechen .....	122
5.3	Wie erkenne ich als Helfer eine depressive Erkrankung? .....	123
5.3.1	Depression als Krankheit: das Wissen um die Ursachen .....	123
5.3.2	Depression als Krankheit: das Wissen um den Verlauf .....	124
5.3.3	Depression als Krankheit: das Wissen um die Symptome .....	125
5.3.4	Behandlung der Depression .....	126
5.4	Konkrete Fördermaßnahmen im Lebenskontext einer depressiven Erkrankung .....	128
5.4.1	Depression oder Traurigkeit: das Wahrnehmen von Symptomen .....	129
5.4.2	Depression macht Helfer hilflos? Die Fähigkeit, über dieses Wissen mit dem Betroffenen kommunizieren zu können .....	135
5.4.3	Kindzentrierte Interventionen .....	137
5.4.4	Transdisziplinäre Arbeit .....	142

<b>6</b>	<b>Frühe Fördermaßnahmen für Kinder mit an Schizophrenie erkrankten Eltern</b> .....	<b>146</b>
6.1	Ressourcen für Kinder .....	146
6.2	Aus der Sicht des Kindes .....	147
6.2.1	Unverständliche Signale für das Kind .....	147
6.2.2	Alltagsstrukturen, die zusammenbrechen .....	149
6.3	Wie erkenne ich als Helfer eine Schizophrenie? .....	149
6.3.1	Das Wissen um Ursachen und Verlauf .....	149
6.3.2	Schizophrenie: das Wissen um die Symptome .....	152
6.3.3	Schizophrenie: das Wissen um die Behandlung .....	153
6.3.4	Die Fähigkeit der Wahrnehmung von Symptomen einer Schizophrenie .....	155
6.4	Konkrete Fördermaßnahmen für Kleinkinder in Lebenszusammenhängen einer Schizophrenie .....	157
6.4.1	Gemeinsame Arbeit mit den Eltern .....	157
6.4.2	Kindzentrierte Interventionen .....	159
6.4.3	Transdisziplinäre Arbeit .....	161
6.5	Psychopharmaka als Unterstützung .....	165
<b>7</b>	<b>Ausblick</b> .....	<b>171</b>
7.1.	Der Lebenszusammenhang „Eltern mit Persönlichkeitsstörungen“ ..	171
7.2.	Evaluation früher präventiver Maßnahmen .....	175
	<b>Literatur</b> .....	<b>180</b>
	<b>Sachregister</b> .....	<b>191</b>



# 1 Zusammen arbeiten: im Team und mit Eltern

Diese 3. Auflage beschreibt unsere zehnjährige Erfahrung als Dialog zwischen den Fachdisziplinen der Psychiatrie, Psychologie und Heilpädagogik und dem immer stärker werdenden Fokus auf die gemeinsame Zusammenarbeit mit den Eltern, und zwar mit dem Ziel der frühen präventiven Förderung von Kleinkindern im Kontext psychisch verletzlicher Eltern. Dabei haben sich sowohl unser Arbeitsstil, die verwendeten Begriffe als auch die Fragen, die an uns als Team herangetragen wurden, in den letzten Jahren deutlich verändert.

In der Kommunikation mit Eltern ersetzte der Begriff der „psychischen Verletzlichkeit“ dabei mehr und mehr jenen der „Krankheit“. Die neu verwendeten Begrifflichkeiten „Belastbarkeit“ und „Verletzlichkeit“ verwiesen dabei auf überschaubare, definierte Zeiträume (die eigene Belastbarkeit kann in einzelnen Lebensphasen unterschiedlich ausgeprägt sein), Möglichkeiten des Schutzes und verringerter Stigmatisierung.

Weitere Tendenzen, die unsere Arbeit maßgeblich beeinflussten, waren die beginnende Internationalisierung des Themas (siehe unsere Trainingsmaterialien im Rahmen des EU-Projekts [www.strong-kids.eu](http://www.strong-kids.eu)). Der Austausch in Europa über die Bedürfnisse „vergessener Kinder“ brachte dabei eine Fülle von neuen Ideen und Ansatzpunkten in unsere Arbeit: angefangen bei Notfallkoffern und Notfallbriefen, wie dies analog zu Patientenverfügungen in der Arbeit von Katja Beeck in Berlin forciert wird ([www.netz-und-boden.de](http://www.netz-und-boden.de)), bis hin zur systematischen Erhebung der Bedürfnisse von Kindern im Kontext psychischer Verletzlichkeit im Rahmen gesetzlicher Vorgaben, wie dies z. B. in Finnland im Programm „Let’s talk about Children“ zu beobachten ist.

Ein zweiter großer Impuls lag in der verstärkten Sensibilisierung verschiedenster Netzwerkpartner: Nicht nur, dass im deutschen Sprachraum neue Projekte entstanden (Elterncafés, Peergruppen für Kinder suchterkrankter Eltern u. v. m.), die sich auch verstärkt zu vernetzen beginnen. Die erhöhte Sensibilität spiegelt sich auch in unzähligen Fort- und Weiterbildungsaktivitäten wider, maßgeblich seitens der Jugendämter, Frühförderstellen, Kindergärten, Gesundheitsbehörden, aber auch z. B. in Fernseh- und Radiobeiträgen.

In unseren gemeinsamen Seminaren stand dabei häufig die Frage des gegenseitigen Respekts im Vordergrund: sowohl psychisch verletzlichen Eltern gegenüber als auch im Team selbst. Gerade die gemeinsame Arbeit mit unserer Kollegin Tytti

Solantaus aus Finnland verdeutlichte uns die Wichtigkeit, das hervorzuheben, was in Familien „funktionierte“. Der Frage vorhandener Ressourcen in Familien wird somit besondere Aufmerksamkeit in dieser 3. Auflage gewidmet.

Daneben stellte sich auch die eigene fachliche Sicherheit der Fachkräfte (das Wissen über psychische Verletzlichkeit) als wichtiger Faktor in der Betreuung oder Unterstützung der Familien heraus: Je fachlich fundierter das eigene Arbeitsmodell und die angewandten Methoden nachvollziehbar beschrieben werden konnten, desto leichter fiel den Fachkräften die Zusammenarbeit mit den Eltern. Dies erforderte auch Klarheit der Kommunikation – sowohl gegenüber Eltern als auch gegenüber Auftraggebern oder im Team.

Hilfreich war dabei die Entwicklung unserer (internetbasierten) Resilienzlandkarte, die unsere Kommunikation im Team (aufgrund der gleichzeitigen Zugänglichkeit von Information für alle Teammitglieder als auch für Eltern) veränderte. Letztere erhielten (sofern sie dies wünschten) Leserechte in Bezug auf unsere Dokumentationsprozesse. Wir konnten auch an uns selbst beobachten, wie sich unsere Dokumentationsprache dabei veränderte, wenn wir wussten oder annahmen, dass Eltern in unsere Dokumentation Einblick nehmen konnten.

Interpretierte (bisweilen bewertende) Zuschreibungen unsererseits („Der Vater erscheint wenig einfühlsam“) wurden sehr schnell durch dokumentierte konkrete Verhaltensbeobachtungen ersetzt: „Als Max seinem Vater ein Auto zeigte, reagierte dieser erst beim dritten Versuch seines Sohns“.

Dabei wandelte sich auch zunehmend unser Unterstützungsverständnis: Fokussierten wir in unseren ersten beiden Auflagen einen Großteil unserer Interventionsvorschlägen auf Grundprämissen einer klassischen Frühförderung, zeigte sich doch, dass frühe präventive Hilfen für Kinder psychisch verletzlicher Eltern sehr viel weiter gefasst werden sollten. Somit hebt diese 3. Auflage auch stärker die Bedeutung weniger formalisierter Hilfsangebote (Unterstützung im familiären Netzwerk mittels Tagesmütter, Kinderkrippen, Kindertagesstätten u.a.) hervor. Es geht in der frühen präventiven Förderung von Kindern psychisch verletzlicher Eltern nicht primär um behinderte oder von Behinderung bedrohte Kinder (als klassisches Betätigungsfeld der Frühförderung in Deutschland), sondern um das Gesamtkonstrukt an Fördermaßnahmen, die auf der Basis unterschiedlicher Rahmenbedingungen beispielsweise auch aus der Kinder- und Jugendhilfe oder der Betreuung in Kindertagesstätten kommen können. Eine klassische „interdisziplinäre Frühförderung“ würde hier in ihrem notwendigen Selektionsdruck (behinderte oder von Behinderung bedrohte Kinder) zu kurz greifen und die meisten Kinder nicht erreichen.

Im Zentrum dieses Buches steht die Wahrnehmung von Bedürfnissen von Kleinkindern, die aufgrund der psychischen Verletzlichkeit ihrer Eltern Gefahr lau-

fen, „vergessen“ zu werden. Der Fokus liegt dabei auf den Kindern, da wir davon ausgehen, dass die Unterstützungsbedürftigkeit psychisch verletzlicher Eltern selbst *nicht primär* die Aufgabe (heil)pädagogischer Fachkräfte sein kann. Dies führt genau zu jener Überforderungssituation, die wir zurzeit in diesem Feld häufig erleben, wenn sich Fachkräfte in der Frühförderung auch für die Depression, Manie, Schizophrenie usw. der Eltern oder der primären Betreuungspersonen verantwortlich fühlen. Die Fachkräfte argumentieren natürlich häufig mit Recht, wer denn sonst zuständig sei, der familienorientiert so nahe am Familiensystem arbeite. Wie noch zu zeigen sein wird, ist es jedoch genau diese *Vereinzelung* des Fachwissens, die dazu führt, dass jeder irgendetwas nach bestem Wissen und Gewissen tut, keiner jedoch so recht zufrieden damit ist und jeder das Gefühl hat, hier „fehle“ etwas. Kinder, die im Lebenszusammenhang psychisch verletzlicher Eltern jahrelang übersehen wurden, sind Bestandteil unserer gemeinsamen Arbeit geworden: Wir haben dabei ein eigenes Betreuungsangebot für „vergessene Kinder“ – und zwar die so genannte Ressourcen- / Belastungsanalyse – vor allem in Kooperation mit Jugendämtern ins Leben gerufen ([www.sinn-evaluation.at](http://www.sinn-evaluation.at)).

Dabei geht es um das gemeinsame Erfassen bestehender Ressourcen und Herausforderungen in individuellen Familiensystemen, unter Einbeziehung relevanter Kooperationspartner. Das Produkt eines solchen Unterstützungsprozesses stellt die Einschätzung unterschiedlichster Aspekte psychischer Widerstandskraft des Kindes und der Familie dar, repräsentiert über eine so genannte Resilienzlandkarte.

Manfred Pretis und Aleksandra Dimova  
Graz, im September 2015

Hinweis:

Aus Gründen der Lesbarkeit verwenden wir im Text bei Personenbezeichnungen in der Regel nur die männliche Form, womit jedoch selbstverständlich jeweils beide Geschlechter gemeint sind.



### Fragen zur Selbstevaluation der Fachkräfte

- Wie würde sich meine gegenwärtige Kommunikation und Dokumentation verändern, wenn Eltern Einblick in mein Dokumentationssystem hätten?
- Wie sicher bin ich mir in meinem eigenen fachlichen Modell und welche Begrifflichkeit verwende ich dafür?

## 12 Zusammen arbeiten: im Team und mit Eltern

- Was hilft mir, mich in der Kommunikation mit fachpsychiatrischen Diensten sicher zu fühlen?
- Wie vermittele ich Respekt vor der Meinung des anderen, und welchen Respekt fordere ich für meine Arbeit als Fachkraft in der Frühförderung ein?
- Wo liegen für mich die Grenzen der Zusammenarbeit mit anderen Professionen, wie erkenne ich nichtkooperatives Verhalten und wie schütze ich mich davor?
- Wie gehe ich vor, wenn ich die Hypothese habe, dass das „Problem“ des betreuten Kindes mit einer psychischen Verletzlichkeit eines Elternteiles zusammenhängen könnte?



## 2 Vergessene Kinder

### 2.1 Auffällige Unauffälligkeit

Peter, beim ersten Kontakt zehn Monate alt, wurde über Initiative der Sozialarbeiterin bei unserem Dienst vorstellig, weil seine Mutter die vom zuständigen Jugendamt empfohlene Förderung abgebrochen hatte. Es wurde gemutmaßt, dass bei der Mutter eine depressive Erkrankung vorliegen könnte. Die Vorgangsweise der eingesetzten Pädagogin in der Fördersituation zuhause, Peter kleine, Geräusche erzeugende Gegenstände anzubieten, damit dieser selbstwirksame Erfahrungen machen konnte, führte zur Eskalation in der Familie: Nach Ansicht der Mutter war zu befürchten, dass Peter das Fördermaterial verschlucken könnte und somit die Fachkraft bewusst die Gesundheit ihres Sohnes gefährde. Dieser Vorwurf von Seiten der Mutter führte zum Abbruch.

Noch dazu habe die behandelnde Kinderärztin der Mutter auch versichert, mit Peter sei – auf der Basis der U-Untersuchungen – alles in Ordnung. Da die Mutter selbst Pflegekind war, massive Konflikte zur eigenen Herkunftsfamilie bestanden und die eigene (Pflege)Großmutter Zweifel beim Jugendamt anmeldete, ob die Kindesmutter fähig sei, ihren Sohn zu erziehen, entschied sich die Sozialarbeiterin, unseren Dienst anzubieten. Eine mögliche Fremdpflege stand im Raum, da sich das Jugendamt Sorgen um das Interaktionsverhalten und die Bindung machten.

Anfangs nahmen die Eltern widerwillig unser „freiwilliges“ Serviceangebot einer Ressourcen-Belastungsanalyse in Anspruch, vor allem in der Hoffnung, bestätigt zu bekommen, dass mit Peter alles in Ordnung sei.

Nach einer Vorstellung unsererseits, unserer Arbeitsweise, der Fragestellung (welche Förderbedürfnisse bei Peter vorlagen) sowie möglichen Zweifeln der Eltern, was mit Daten und Informationen geschehe, wurden Vater und Mutter gebeten, so wie zuhause mit ihrem Sohn zu spielen, auch um die Stresssituation für beide Elternteile zu vermindern. Im Vordergrund sollte das gemeinsame Eingehen auf die Bedürfnisse von Peter liegen.

Peter wurde in diesen Erstkontaktsituationen von den beiden anwesenden Elternteilen auf eine Decke am Boden unseres Zentrums gelegt. Sein Vater setzte sich am Fußende vor seinen Sohn, ergriff kurzfristig Fördermaterialien, die er für wenige Sekunden schüttelnd vor der Brust von Peter bewegte. Aufgrund

der Rückenlage war jedoch zu vermuten, dass Peter diese Gegenstände nicht sehen konnte. Die meiste Zeit, in der die Eltern unsererseits gebeten wurden, so wie zuhause zu spielen, wirkte Peter sich alleine überlassen. Er lag auf dem Rücken, lauterte, versuchte beide Hände in seine Mittellinie zu bekommen, folgte sporadischen visuellen Angeboten des Vaters, der ein Plüschtier außerhalb der Reichweite von Peter auf der rechten Seite bewegte. Ein einziges Mal kam es während dieser ersten 20 Minuten zu körperlichem Kontakt zwischen dem Vater und Peter, indem der Vater die Füße Peters leicht bewegte. Die sprachliche Kommunikation des Vaters mit seinem Sohn beschränkte sich dabei auf das Imitieren von Schnalzlauten.

Aufgrund ihrer ausgeprägten Adipositas (Fettleibigkeit) und damit einhergehenden Problemen mit ihren Knien war es der anwesenden Mutter nicht möglich, sich auf den Boden hinab zu begeben, um mit Peter in körperlichen Kontakt zu treten. Peters Mutter beobachtete die Spielsituation stehend aus ungefähr zwei Meter Entfernung. In der ersten Einheit gelang es Peter nach 15 Minuten, sich aus der Rückenlage ohne Unterstützung der Eltern in die Bauchlage zu drehen. Danach begann Peter, den Spielteppich robbend zu explorieren. Der Junge griff nach allen erreichbaren Gegenständen. Er untersuchte den Teppich, auf dem er lag, lauterte häufig, und es entstand der Eindruck, als ob er sich durch heftiges asymmetrisches Strampeln selbst aktivierte.

Für uns als Untersucher erwiesen sich diese 20 Minuten der „Kaum-Interaktion“ als sehr belastend und nur wenig ertragbar. Wie konnte es sein, dass die Eltern – zumindest auf der beobachtbaren Verhaltensebene – sich vorwiegend teilnahmslos verhielten (obwohl sie natürlich ihren Sohn beobachteten) und obwohl sie wussten, dass sie sich in einer diagnostischen Situation befanden und Spielsequenzen sogar videoaufgezeichnet wurden. Peter hingegen schien sich sehr anzustrengen, seine Umwelt aktiv zu erforschen.

Methodisch versuchten wir, in dieser diagnostischen Phase trotzdem die Ressourcen und all das, was in der Familie funktionierte, hervorzuheben:

- 1 Die Familie nahm die Termine wahr (wie auch andere Arzttermine).
- 2 Vater und Mutter erschienen gemeinsam zu den Terminen.
- 3 Vor allem die Kindesmutter zeigte hohes Interesse an einem Austausch darüber, wie weit ihr Sohn entwickelt sei.
- 4 Der Vater konnte sich für kurze Zeit auf Spielsituationen mit seinem Sohn einlassen.
- 5 Peter wirkte gepflegt, sauber und wohlgenährt.
- 6 Alle U-Untersuchungen wurden durchgeführt.
- 7 Die Mutter hielt aktiv Kontakt zur Sozialarbeiterin.
- 8 Peter beschäftigte sich beinahe 20 Minuten mit sich selbst.

- 9 Es gelang ihm sogar, sich ohne Hilfe des Vaters von der Rückenlage in die Bauchlage zu drehen.
- 10 Peter wirkte auf den ersten Blick sehr autonom, aktiv, kommunikativ und selbstwirksam.
- 11 Peter schien über ein „einfaches Temperament“ zu verfügen, er wirkte ausgeglichen und zeigte kaum forderndes Verhalten (z.B. durch Schreien).
- 12 Die Mutter kümmerte sich in der Vergangenheit aufgrund einer von der Kinderärztin gestellten Verdachtsdiagnose „Seitenschwäche“ zuerst um Physiotherapie und stimmte in weiterer Folge einer häuslichen Förderung zu, die jedoch – wie zuvor beschrieben – in weiterer Folge abgebrochen wurde.

Daneben waren in diesen ersten diagnostischen Phasen auch deutliche Belastungsfaktoren zu beobachten:

- 1 Aufgrund ausgeprägter Adipositas konnte sich die Mutter kaum zu Peter bücken oder ihn hochnehmen.
- 2 Die Mutter befand sich während der Spielsituationen meist stehend zwei Meter von Peter entfernt, sodass die Frage des körperlichen Kontaktes und der Bindung offen war.
- 3 Die Mutter fand zu jedem Argument (z.B. der Wichtigkeit sprachlicher Nachahmung oder motorischer Aktivitäten) ein Gegenargument oder verwies auf ihre Ärztin, Internet oder Elternratgeber. Der Hauptfokus lag dabei auf möglichen Gesundheitsgefährdungen ihres Sohnes.
- 4 Die Mutter stand mehrmals in der Nacht auf, um nachzusehen, ob ihr Kind noch atme (sie wandte sich im Laufe eines Pseudokrapp-Anfalles an die Kinderklinik, die ihr zur Prävention des plötzlichen Kindstodes ein Atmungsüberwachungsgerät mit nach Hause gab). Ihr gesamtes Pflege- und Betreuungsverhalten konnte arbeitshypothetisch als ängstlich und teilweise überbehütend beschrieben werden (häufiges Doctor-Hopping, teilweises Übertreiben möglicher Gefahren, Vermeidung der Auseinandersetzung mit als bedrohlich interpretierten Informationen).
- 5 Bei Peter waren aufgrund eines Entwicklungsscreenings Risiken im Bereich seiner motorischen Entwicklung zu sehen (fehlendes freies Sitzen mit zehn Monaten) sowie Risiken im Bereich Sprachentwicklung.
- 6 Der Vater bezeichnete sich selbst als ehemaliges ADHS-Kind, wobei sich dies im Erwachsenenalter in vermuteter Automatenpielsucht und stundenlangem Computerspielen zuhause widerspiegelte.
- 7 Die Interaktionssequenzen zwischen dem Vater und Peter wirkten zeitlich sehr kurz und machten es Peter schwer, die Angebote des Vaters wahrzunehmen.

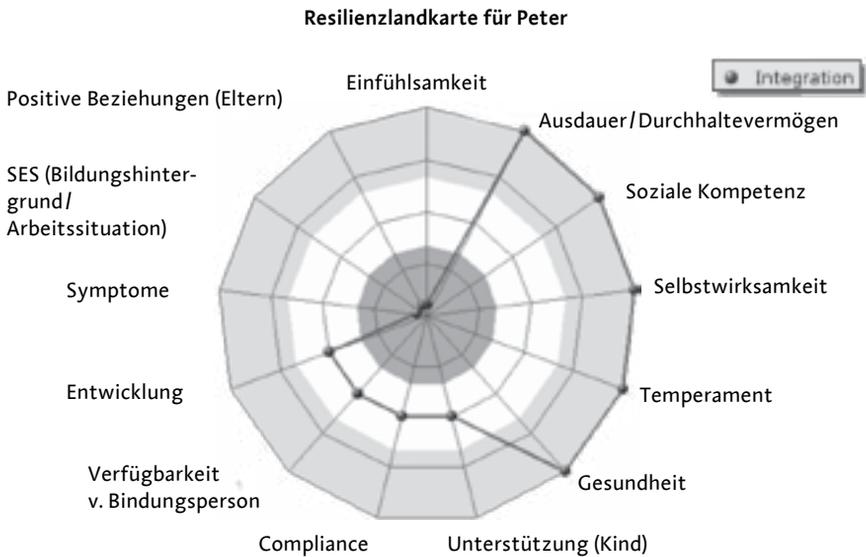
- 8 Die finanzielle und häusliche Situation erschien schwierig (Hartz-IV-Empfang, teilweise nicht adäquat eingerichtete Wohnung).
- 9 Das Verhältnis zu den Großeltern (eigentlich Pflegeeltern der Mutter) erschien immer wieder angespannt.
- 10 Die häusliche Förderung (organisiert über Frühe Hilfen) wurde aufgrund des Konfliktes in Bezug auf eine mögliche Gefährdung der Gesundheit durch das Fördermaterial (Überraschungsei gefüllt mit Reiskörnern) abgebrochen.
- 11 Die Fachkraft vermutete bei der Mutter eine ausgeprägte Angststörung oder Depression, teilweise mit überbehütenden Verhalten gegenüber ihrem Sohn.
- 12 Sobald die Mutter eine kleinste somatische Veränderung bei ihrem Sohn wahrnahm, kontaktierte sie Ärzte, setzte jedoch empfohlene Maßnahmen kaum um, da sie glaubte, alles besser zu wissen.
- 13 Vorliegen einer psychischen Krankheit bei der Mutter im Sinne einer Störung der Persönlichkeit, Mischtypus mit Fokus ängstlich-vermeidend), da aus der Anamnese Hinweise auf ein durchgehendes Muster seit ihrer Kindheit vorlagen.

Abb. 1 zeigt dabei die nach unserer transdisziplinären Diagnostikphase (teilweise erfolgten Beobachtungen in gemeinsamen Sitzungen) eingeschätzte Ressourcen / Belastungssituation (im Sinne eines Ampelsystems):

Der grüne Bereich spiegelt dabei als „ausreichend“ eingeschätzte Resilienzprozesse als „Bewältigungskapital“ (Fingerle 2011) wider. Im Beispiel Peters betraf dies seine Ausdauer, seine soziale (kommunikative) Kompetenz, seine Selbstwirksamkeit, sein „einfaches“ Temperament, seine gesamtgesundheitliche Situation. Diese Resilienzprozesse dürfen dabei als Ressourcen für die weitere Hypothesenbildung angesehen werden.

Der gelbe Bereich bezieht sich auf zu diesem Zeitpunkt „nicht einschätzbare oder stark wechselhafte“ Informationen, wie z.B. die Compliance der Eltern, die einerseits in Bezug auf ärztliche Leistungen sehr hoch war, gleichzeitig aber hinsichtlich der Kooperation mit der Fachkraft krisenhaft schien. Dies betraf auch die Einschätzung der Entwicklung von Peter, die zum Zeitpunkt der Diagnostik zwar in manchen Bereichen altersentsprechend, jedoch im Bereich der Motorik und der Bindung durchaus bedroht war. Trotz der Aufmerksamkeit der Eltern bezüglich der gesundheitlichen Aspekte, erschien auch im Spielverhalten die Verfügbarkeit der Eltern stark wechselhaft. Im Sinne der weiteren Vorgangsweise würde dies bedeuten, verstärkt diese Aspekte zu beobachten.

Der rote Bereich verweist auf Bereiche, die im Rahmen des diagnostischen Screenings als „kaum ausreichende“ Resilienzbereiche eingeschätzt wurden. Im



**Abb. 1:** Resilienzlandkarte von Peter im Kontext psychisch verletzlicher Eltern

konkreten Beispiel von Peter betraf diese Einschätzung z. B. die Frage der Einfühlsamkeit der Eltern, mögliche psychische Symptomatik, die ökonomische Situation der Familie, aber auch die Beziehung der Mutter zu ihrem Herkunftssystem. Im Zusammenhang mit den wahrgenommenen Ressourcen verdeutlichen diese Bereiche möglichen Handlungs- oder Unterstützungsbedarf.

Unsere Arbeitshypothese im Team zielte darauf ab, vorerst eine Vertrauensbasis zu den Eltern aufzubauen. Gerade bei Eltern mit der Verdachtsdiagnose einer möglichen Angststörung stellt die Vermeidung der Auseinandersetzung mit möglichen angstausslösenden Reizen (dass z. B. mit Peter etwas nicht in Ordnung sein könnte, dass er mehr Therapie brauche, dass eine Fremdpflege drohe) ein hohes Risiko in Richtung Abbruch der Kontakte dar. Als Ressource durfte jedoch auch wahrgenommen werden, dass die Mutter prinzipiell Interesse an der Entwicklung ihres Sohnes zeigte und Termine wahrnahm.

Die zweite Arbeitshypothese betraf das Interaktionsverhalten, vor allem des Vaters. Die Mutter erschien durch ihre Adipositas in höherem Maße beeinträchtigt, sich körperlich Peter zuwenden zu können. Diese zweite Arbeitsannahme ging davon aus, dass dem Vater möglicherweise konkrete Ideen fehlten, wie er mit seinem Sohn altersgerecht spielen konnte. Als Ressource erwies sich dabei, dass der Vater mit seinem Sohn spielen wollte und sich Peter selbst sehr selbstwirksam, kommunikativ und interessiert an seiner Umwelt verhielt.

Unsere darauf folgenden Interventionen vermittelten den Eltern

- 1 positive Rückmeldungen z.B. in Bezug auf die Autonomie Peters, sein Interesse bzw. sein Lautieren.
- 2 Möglichkeiten des Ausprobierens neuer Spielmöglichkeiten: Gemeinsam mit dem Vater wurden sehr lustvolle Interaktionsspiele erarbeitet, wie z.B. die Verwendung eines Tuches zum Verstecken des eigenen Kopfes (im Sinne der Förderung der Objektpermanenz), was Peter sehr genoss. Dem Vater gelang es hier auch, dieses Spiel zu variieren.
- 3 Input in Bezug auf feinfühliges Wahrnehmen der Bedürfnisse von Peter: dass es vorerst wichtig war, a) den Kontakt zu Peter herzustellen (Rapport), b) die gemeinsame Aufmerksamkeit (joint attention) auf ein Objekt zu richten und c) eine Aktivität durchzuführen. Den Eltern wurde dies plakativ als „Dreieck des Spielens“ vermittelt. In gemeinsamen Spielsequenzen, vor allem mit dem Vater, wurde diesem immer wieder dieses „Dreieck des Spiels“ (Prinzip der Triangulation) rückgemeldet:
  - Kontaktaufnahmen mit Peter (ansprechen, Augenkontakt herstellen, möglicherweise leichte körperliche Hinweisreize geben),
  - Referenz herstellen zum Objekt („Schau mal, da ist ein Ball!“) und
  - Aktivitäten ankündigen und durchführen.
- 4 Input bezüglich der Nachahmung von Verhalten: Wenn Peter lautiere, dass die Eltern dies wiederholen mögen; wenn Peter ein Auto anfasste, dass die Eltern dies „reverbalisieren“ können (Förderung responsiven Verhaltens) etc.

Die nächsten Einheiten bestanden darin, den Eltern Möglichkeiten zu geben, Neues mit Peter auszuprobieren: So lernte der Vater, dass es beim Ballspiel (Peter begann kurz nach der ersten Einheit frei zu sitzen) wichtig war, immer wieder auf das „Dreieck des Spielens“ zu achten. Der Vater lernte, den Ball erst dann Richtung Peter zu rollen, wenn sein Sohn aufmerksam war.

Die Mutter konnte erleben, dass Peter Aktivitäten leichter nachahmte, wenn sie diese verbalisierte. Der Vater durfte ausprobieren und erleben, wie sehr sich Peter freute, wenn der Junge mit einem Tuch bedeckt wurde und sich dieses selbst vom Kopf zog.

Damit war es über mehrere Einheiten möglich, eine Vertrauensbasis aufzubauen, durch die bewirkt wurde, dass die Untersucher nicht als Bedrohung erlebt wurden.

In weiterer Folge gelang es uns, die Eltern zu überzeugen, dass die Fortsetzung der (abgebrochenen) häuslichen Förderung für Peter entwicklungsförderlich wäre, da sowohl den Eltern weitere Ideen gegeben werden konnten und Peter seine Entwicklungsfortschritte festigen konnte. Seine Sprachentwicklung

erwies sich in weiterer Folge noch immer als verletzlich. Eine weitergehende ärztliche Therapie ihrer (von uns rückgemeldeten) Sorge bzw. Ängstlichkeit lehnte die Mutter jedoch kategorisch ab. Auch die Einleitung einer Tagesmutterbetreuung wurde abgelehnt, da sich die Mutter in ihrer Erziehungskompetenz angegriffen fühlte.

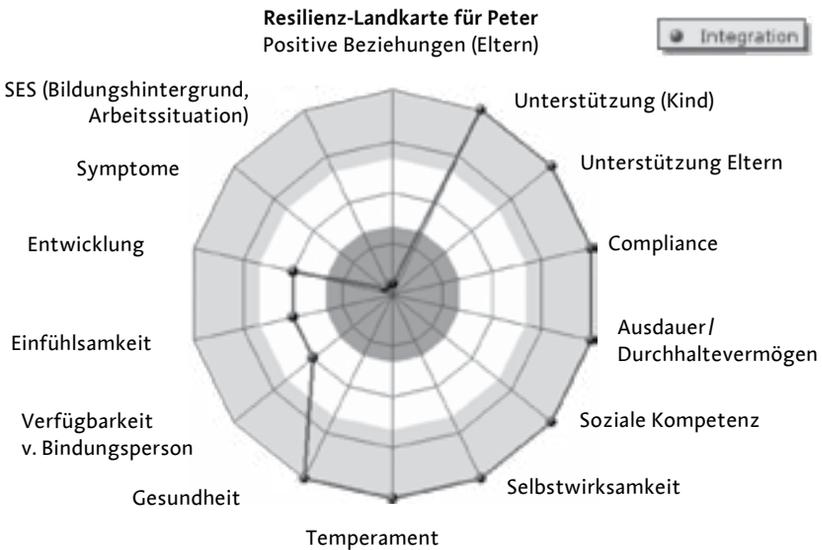
In Bezug auf die zu beobachtende Mühe der Eltern, passende Spielsituationen für Peter zu schaffen, akzeptierten sie jedoch die vorgeschlagene neue Frühförderin, die in höherem Maße den Wünschen und Fähigkeiten der Eltern folgte als dies vorher der Fall war: Die von der Fachkraft orchestrierten Interaktionen zwischen Mutter und Kind fanden nicht mehr am Boden statt, sondern auf einer Decke auf dem Tisch, sodass auch die Mutter Körperkontakt zu Peter aufnehmen konnte. Responsives Verhalten und Triangulation wurden auch von der Fachkraft als methodischer Zugang eingesetzt. Im Austausch erlebten die Eltern, dass sowohl unsererseits als auch von Seiten der neuen Frühförderin die gleiche Strategie verfolgt wurde.

Die gemeinsam mit den Eltern durchgeführten Einheiten zeigten – in Rücksprache mit der Fachkraft, die mobil bei den Eltern arbeitete –, dass sie die Angebote gut annehmen konnten, sodass sowohl der Resilienzbereich „Unterstützung für das Kind“ als auch die „Unterstützung der Eltern“ als neue Ressourcen aufgenommen werden konnten.

Durch die konkreten Ideen zu Spiel und Interaktion konnte auch der Bereich der „elterlichen Einfühlsamkeit“ als verbessert und nicht mehr als bedroht angesehen werden. Damit erschienen jedoch auch die im Hintergrund stehenden Fragen eines bedrohten Kindeswohles und einer Fremdpflege nicht mehr relevant, was zu einer Gesamtentspannung der Familiensituation und einer Verbesserung der Zusammenarbeit mit dem Jugendamt führte.

Da jedoch weiterhin Sorgen bestanden, dass das Förderangebot für Peter (trotz häuslicher Unterstützung) zu gering sein könnte, da der Transfer in die Familie auch von der Tagesverfassung der Eltern abhing, konnte nach einem weiteren halben Jahr mit der Mutter vereinbart werden, dass Peter dreimal wöchentlich eine Tagesmutter besuchte. Da die Mutter jedoch kaum einsah, warum ihr Sohn dies aufgrund ihrer eigenen Verfügbarkeit benötigte, ähnelte der Prozess einem Aushandeln „wie am Basar“. Die Mutter wurde jedoch in der Zwischenzeit wieder schwanger und nahm in weiterer Folge das Angebot dieser Tagesmutter „zur Entlastung“ gerne in Anspruch. Die häusliche Unterstützung lief parallel neben der Tagesmutterbetreuung und verfolgte in Abstimmung mit uns ähnliche Strategien (z. B. Dreieck des Spiels, Nachahmen, Verbalisieren).

Wir hatten das Glück, Peter zwei Jahre später nochmals sehen zu können. Er befand sich zu diesem Zeitpunkt fünfmal pro Woche bei der Tagesmutter; die eingesetzte mobile Fachkraft betreute die Familie weiter einmal wöchentlich,



**Abb. 2:** Einschätzung von Resilienzprozessen nach 15 Einheiten

mit einem zusätzlichen Fokus auf das Neugeborene. In Anwesenheit seiner Mutter erschien Peter noch immer sehr aktiv, beschäftigte sich bei der Tagesmutter intensiv mit den Fördermaterialien, zeigte jedoch einige Verzögerung im Bereich der expressiven Sprache. In der Untersuchungssituation konnte seine Differenzierungsfähigkeit in Bezug auf die Befriedigung seiner Bedürfnisse beobachtet werden: Wenn er Durst hatte oder getröstet werden wollte, lief er zu seiner Mutter (die an diesem Tag bei der Tagesmutter zu Besuch war). Wenn er Unterstützung beim Spiel benötigte, wandte sich Peter an die Tagesmutter. Peter hatte offensichtlich gelernt, seine Bindungs- und Förderbedürfnisse deutlich zu differenzieren und konnte durch die Angebote der Tagesmutter vor dem Hintergrund seiner Ressourcen neue Erfahrungen (mit Fördermaterialien, in der Interaktion) machen. Grobklinisch erscheint seine Entwicklung – mit Ausnahme der expressiven Sprache – alterstypisch.

Die am Beginn der Förderung drohenden Erfahrungs- und Übungsdefizite konnten durch die Zusammenarbeit zwischen häuslicher Förderung, Jugendamt, Tagesmutter und unserem spezialisierten Service – mit Ausnahme des Bereiches seiner expressiven Sprache – vermieden werden.

Die Familiensituation hatte sich grundsätzlich nicht verändert. Der Vater erhielt weiterhin Hartz-IV-Unterstützung, teilweise gelang es ihm, kurzfristige Beschäftigungsverhältnisse zu erlangen, die er aufgrund seiner verringerten Ausdauer jedoch schnell wieder verlor; eine medikamentöse Begleitung seiner