

JAHRESBERICHT 2009

ÜBER DAS PROJEKT DES CARITAS-
FRÜHFÖRDERUNGSDIENSTES PASSAU



**Hilfen für Eltern von
Säuglingen und Kleinkindern
in Landkreis und Stadt Passau**

Caritas-Frühförderungsdienst Passau
Neuburger Str. 128, 94036 Passau
Tel.: 0851/951688-0
Fax: 0851/951688-30
e-Mail: ff-dienst@caritas-passau.de

INHALTSVERZEICHNIS

Vorwort und Dank

1.	Das Projekt „Die wichtigen Jahre 0-3“ als ein Angebot im Rahmen der Frühen Hilfen	Seite	1
2.	Personelle Besetzung	Seite	2
3.	Fallsupervision, Fort- und Weiterbildungen im Jahr 2009	Seite	3
4.	Multiplikatorenfunktion, Vorträge	Seite	3
5.	Pressebericht	Seite	3
6.	Vernetzung, Gremienarbeit, Arbeitskreise und –tagungen	Seite	4
7.	Familien- und kindbezogene Statistik 2009	Seite	5
7.1.	Anzahl betreuter Kinder	Seite	5
7.2.	Geschlechtsverteilung	Seite	5
7.3.	Alter der Kinder zum Meldezeitpunkt	Seite	5
7.4.	Wohnort: Stadt oder Landkreis Passau	Seite	5
7.5.	Anregung zur Anmeldung	Seite	6
7.6.	Vorstellungsgründe	Seite	6-7
7.7.	Anzahl durchgeführter Termine	Seite	7
7.8.	Anzahl von Hausbesuchen gegenüber Terminen in der Beratungsstelle	Seite	7
7.9.	Beendigung der Beratung	Seite	8
7.10.	Fallbezogene Zusammenarbeit und Vernetzung	Seite	8
8.	Beschreibung der Beratungs- und Behandlungskonzepte mit Fallbeispielen	Seite	8
8.1.	„Schreibbaby“-Beratung bzw. Eltern-Säuglings/Kleinkind-Beratung und –Psychotherapie	Seite	8-10
8.2.	Fallbeispiel einer Schreibbaby-Beratung	Seite	10-13
8.3.	STEEP™ – Programm bzw. Schritte zu einer erfreulichen und gelingenden Elternschaft	Seite	13-14
8.4.	Fallbeispiel einer STEEP™ – Beratung	Seite	14-17
8.5.	Die Entwicklungspsychologische Beratung	Seite	17-18
8.6.	Fallbeispiel einer Entwicklungspsychologischen Beratung	Seite	18-20
9.	Anlagen	Seite	20
9.1.	Artikel der Passauer Neuen Presse vom 3. August 2009 „Das Schrei-Drama im Kinderzimmer“	Seite	20
9.2.	Flyer des Sozialministeriums „Hilfe für Eltern mit Schreibbabys“	Seite	20

VORWORT UND DANK

Sehr geehrte Damen und Herren,

nach dem erfolgreichen Start des Projekts „Die wichtigen Jahre 0 – 3“ im April 2008 können wir für das Kalenderjahr 2009 nun erstmals einen „richtigen“ Jahresbericht vorlegen.

In Landkreis und Stadt Passau können Eltern von Säuglingen und Kleinkindern, die sehr viel schreien, Probleme beim Ein- und Durchschlafen haben, Nahrung ablehnen, sehr anklammern oder häufig trotzen, durch das Projekt unbürokratisch und kostenlos eine spezifische fachliche Beratung erhalten.

Im November 2008 hat das Projekt des Caritas-Frühförderungsdienstes eine besondere Anerkennung durch das Bayerische Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen erfahren, indem nun auch offiziell die Beratung von Eltern mit Schreibabys zu den Projektaufgaben zählt.

Dass Bedarf und Nachfrage für die Beratungsangebote des Projekts bestehen, wird durch den deutlichen Anstieg von „Hilferufen“ in eindrucksvoller Weise dokumentiert. Die Anfragen haben sich gegenüber 2008 mehr als verdoppelt.

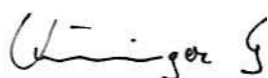
Diese erfreuliche Akzeptanz belegt vor allem zweierlei: Zum einen, dass es den Projekt-Mitarbeitern gelungen ist, in einer Vielzahl von Gesprächen, Arbeitskreis-Teilnahmen, etc. das Projekt in die regionale Vernetzungsstruktur sinnvoll einzubinden, und zum anderen, dass zufriedene Eltern dieses spezifische Beratungsangebot in wertschätzender Form weiterempfehlen.

Der vorliegende Jahresbericht ermöglicht es Ihnen, dass Sie sich anhand der detaillierten Gliederung ganz gezielt die gewünschten Informationen herauspicken, aber auch, dass Sie sich in umfangreicher Weise über die theoretischen Grundlagen und die praktische Arbeit des Projekts ein Bild machen können.

Unser ganz besonderer Dank gilt den Vertreterinnen und Vertretern des Landkreises und der Stadt Passau sowie dem Caritasverband für die Diözese Passau, die von Anfang an in aufgeschlossener und wohlwollender Weise das Projekt konzeptionell wie finanziell erst ermöglicht haben. Ebenso herzlich bedanken wir uns bei den verschiedensten Kooperationspartnern für ihr großes Interesse und die Bereitschaft zur fachlichen Zusammenarbeit.

Wir erbitten diese Unterstützung auch weiterhin.

Es grüßt Sie freundlich



Krinninger Gerhard
Leiter des Caritas-
Frühförderungsdienstes

1. DAS PROJEKT „DIE WICHTIGEN JAHRE 0-3“ ALS EIN ANGEBOT IM RAHMEN DER FRÜHEN HILFEN

Die Förderung der ganzheitlichen, gesunden Entwicklung von Säuglingen und Kleinkindern im Alter von 0-3 Jahren wird in Deutschland zunehmend als gesellschaftliche Aufgabe wahrgenommen. Erkenntnisse aus der Hirn- und Bindungsforschung besagen, dass frühe positive oder negative Erfahrungen in der Eltern-Kind-Beziehung die geistige wie emotionale Entwicklung der Kinder prägen. Solchen Befunden zufolge ist eine angemessene, feinfühlig Interaktion zwischen Mutter/Vater und Kind Voraussetzung für den Aufbau einer sicheren Bindung, die wiederum Grundlage für die Entfaltung der motorischen, geistigen und emotionalen Potenziale des Kindes ist. Als eine Konsequenz daraus rückt die Befähigung der Eltern zur Erziehung und Versorgung ihrer Kinder in den Mittelpunkt des Interesses. Säuglinge und Kleinkinder sind nämlich sehr verletzlich und in besonderer Weise auf die Fürsorge ihrer Eltern oder anderer Pflegepersonen angewiesen. Vor allem unter 3-jährige Kinder sind besonders häufig von gravierenden Folgen von Vernachlässigung und Misshandlung betroffen.

Das Projekt „Die wichtigen Jahre 0-3“ versteht sich als niederschwellige, freiwillige, kostenlose, vorbeugende frühe Hilfe für Eltern mit Kindern bis zum 3. Geburtstag.

Die Eltern wenden sich zum einen an die Mitarbeiter des Projekts, weil sie aufgrund vielfältiger familiärer Belastungen Unterstützung beim Aufbau einer guten Beziehung und sicheren Bindung zum Kind suchen. Armut, soziale Isolation, psychische Probleme eines Elternteils und eigene Misshandlungs- oder Vernachlässigungserfahrungen der Eltern stellen Risiken für die kindliche Entwicklung dar. Ziel ist, die Feinfühligkeit der Eltern zu erhöhen und ihre Erziehungskompetenzen zu stärken.

Zum anderen suchen Eltern Rat in Entwicklungs- und Erziehungsfragen, wie z. B. „Ist die Entwicklung und das Verhalten meines Kindes normal?“ oder „Erziehe ich richtig?“.

Schließlich nehmen viele Eltern Kontakt zum Projekt 0-3 auf, weil ihr Kind ein so genanntes „Schreibaby“ ist bzw. fachlich gesprochen unter einer frühkindlichen Regulationsstörung leidet. Solche Kinder schreien unstillbar, essen oder schlafen schlecht, sind unruhig und spielen nicht, klammern an und sind trennungsängstlich oder neigen zu übermäßigen Wut- und Trotzanfällen. Seit November 2008 ist einer von 50 geplanten Standorten in Bayern mit einem Beratungsangebot für Eltern mit Schreibabys am Caritas-Frühförderungsdienst Passau im Projekt 0-3 angesiedelt. Dieses Angebot wurde vom Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung in die Wege geleitet und unterstützt (siehe Flyer in der Anlage).

Die Eltern werden in Passau zur Zeit von einer, ab Herbst 2010 von zwei Fachkräften beraten, die nach dem Modell der Münchner Sprechstunde für Schreibabys fortgebildet sind (siehe 8.1.).

2. PERSONELLE BESETZUNG

Im Projekt „Die wichtigen Jahre 0-3“ sind Frau Gisela Hausmann mit 10,6 Wochenstunden und Herr Josef Krenner mit 19,5 Wochenstunden tätig, d. h. insgesamt stehen 30,1 Wochenstunden für die Arbeit im Projekt zur Verfügung.

Frau Gisela Hausmann arbeitete von 1987 bis 1991 als Erzieherin in einem Kindergarten, von 1991 bis 2008 war sie in der heilpädagogischen Förderung von behinderten, entwicklungsverzögerten und verhaltensauffälligen Kindern des Caritas-Frühförderungsdienstes Passau tätig, seit April 2008 im Projekt 0-3. Sie hat folgende Fortbildungen absolviert: „Was wir vom Kind lernen können“ (Dr. Verden-Zöllner), „Rhythmisch-musikalische Erziehung bei Kleinkindern“, „Gesprächsführung und Wertschätzung“, „Wie kommt das Kind zur Sprache“, „Einführung in die Babymassage nach Leboyer“ und „Bewegungsförderung für Kleinkinder“. Im Jahr 2007 hat sie die Ausbildung zur Entwicklungspsychologischen Beraterin abgeschlossen.

Herr Josef Krenner arbeitete von 1985 bis 2008 vollzeit als Dipl.-Psychologe im Caritas-Frühförderungsdienst, sein Aufgabenfeld umfasst dort die Entwicklungs- und Verhaltensdiagnostik von entwicklungsverzögerten und verhaltensauffälligen Säuglingen, Klein- und Vorschulkindern sowie die psychologische Beratung der Eltern. Er ist ausgebildet als Gruppenleiter des Gordon-Elterntrainings und des SAFE (Sichere Ausbildung für Eltern), in Integrativer Kindertherapie, Gestalttherapie, Eltern-Säuglings/ Kleinkind-Beratung und -Psychotherapie und STEEP™.

Ab Herbst 2010 wird Herr Gerhard Krinninger seine Ausbildung in der Eltern-Säuglings/Kleinkind-Beratung und -Psychotherapie beginnen und Herrn Krenner bei der Beratung von Familien mit so genannten Schreibabys unterstützen und vertreten. Herr Gerhard Krinninger ist seit 1993 als Dipl.-Psychologe im Caritas-Frühförderungsdienst beschäftigt und weitergebildet zum Psychotherapeuten und systemischen Supervisor. Er leitet seit 2004 den Caritas-Frühförderungsdienst und ist in dieser Eigenschaft maßgeblich an der konzeptionellen Entwicklung und Ausgestaltung des Projekts „Die wichtigen Jahre 0-3“ beteiligt.

3. FALLSUPERVISION, FORT- UND WEITERBILDUNGEN DER MITARBEITER IM JAHR 2009

- Fallbesprechungen mit Schreibaby-Beratern aus anderen Regionen am 22.09. und 24.11.2009.
- Abschluss der STEEP™ – Weiterbildung von Herrn Krenner im September 2009 zum STEEP™ – Berater/ Berater für frühe Bindung.
- Abschluss der Schreibaby-Beratungs-Ausbildung von Herrn Krenner im November 2009 durch die Teilnahme an der Hospitationswoche und dem Einreichen dreier dokumentierter Behandlungsfälle.

4. MULTIPLIKATORENFUNKTION/VORTRÄGE

- Referententätigkeit von Frau Hausmann im Rahmen des Angebots für Schwangere und Eltern mit Kindern bis zu einem Alter von einem halben Jahr
- „Fit fürs Kind“ der Katholischen Schwangerenberatungsstelle Passau am 04.04., 03.07., 24.07. und 09.10.2009.

- Fortbildung von Herrn Krenner für Erzieherinnen in Krippen zur Qualifizierten Fachkraft für Kleinkinder zum Thema „Die Entwicklung von Kindern im Alter von 0 bis 3 Jahren“ am 19. und 20.01.2009, 21. und 22.01.2009 sowie 24. und 25.02.2009.

- Vortrag von Herrn Krenner zum Thema „Die ersten drei Jahre im Leben des Kindes“ im Kindergarten Ruhstorf am 28.01.2009 und im Kindergarten Grubweg am 26.03.2009.

5. PRESSEBERICHT

Am 3. August 2009 erschien in der Passauer Neuen Presse der Artikel „Das Schrei-Drama im Kinderzimmer“ (siehe Anlage).

6. VERNETZUNG, GREMIENARBEIT, ARBEITSKREISE UND -TAGUNGEN

- Vorstellung des Projekts 0-3 vor Erzieherinnen bei einer Fortbildungsveranstaltung am 19.01. und 21.01.2009 sowie bei den Konferenzen für Kindergartenleiterinnen in Stadt und Landkreis Passau am 9., 10., 11. und 12.02.2009.
- Vorstellung des Projekts bei den Mitarbeitern des Sozialpädiatrischen Zentrums am 25.03.2009 und bei den Stillberaterinnen der Passauer Entbindungsstation am 20.10.2009.
- Vorstellung des Projekts beim Regionaltreffen der Tagesmütter im Kinderschutzbund Passau am 02.07.2009.
- Treffen mit dem Nachsorgeprojekt „Bunter Kreis“ der Kinderklinik Passau am 19.05. und 01.10.2009.
- Treffen mit den Mitarbeitern der Sprechstunde für regulationsgestörte Kinder des Sozialpädiatrischen Zentrums am 22.06.2009.
- Austausch über Frühe Hilfen mit dem Leiter der Frühförderstelle Traunstein am 02.07.2009.
- Teilnahme am Qualitätszirkel „Zielorientierte Diagnostik/Frühe Hilfen“ in Freyung am 09.02. und 14.09.2009.
- Teilnahme an der Jugendhilfeausschusssitzung der Stadt Passau am 04.02.2009.
- Teilnahme am Fachtag „Staatliche Förderung von Beratungsangeboten für Eltern mit Schreibabys“ am 27.04.2009 im Sozialministerium in München.
- Teilnahme am Arbeitskreis „Frühe Hilfen“ des Diözesan-Caritasverbandes Passau am 15.07.2009.
- Teilnahme am 2. Landshuter Symposion zum Thema Kindesmisshandlung am 21.11.2009 in Landshut.
- Teilnahme am Arbeitskreis Entwicklungspsychologische Beratung in der Arbeitsstelle Frühförderung in München am 20.11.2009.
- Informationsaustausch mit den Mitarbeiterinnen der Koordinierenden Kinderschutzstelle (KOKI) des Landkreises Passau am 06.11.2009.

7. FAMILIEN- UND KINDBEZOGENE STATISTIK 2009

7.1. ANZAHL BETREUTER KINDER

Im Zeitraum Januar bis Dezember 2009 wurden 92 Kinder betreut. Im Vorjahr wurden von April bis Dezember 2008 44 Kinder betreut. Damit hat sich die Anzahl der betreuten Kinder mehr als verdoppelt. Aus dem Vorjahr wurden 26 Fälle übernommen. 66 Beratungsfälle wurden neu angenommen. Dabei handelte es sich mit Ausnahme von einer Wiederanmeldung um erstmalige Meldungen. Es wurden 4 Migrantenkinder betreut.

7.2. GESCHLECHTSVERTEILUNG

Es wurden 51 Jungen und 41 Mädchen betreut.

Geschlechtsverteilung	Anzahl	Prozent
Jungen	51	55 %
Mädchen	41	45 %

7.3. ALTER DER KINDER ZUM MELDEZEITPUNKT

ALTER DER KINDER IN MONATEN	ANZAHL	PROZENT
Schwangerschaft	3	2%
0-3 Monate	19	21%
4-6 Monate	7	8 %
7-9 Monate	5	5 %
10-12 Monate	7	8 %
13-18 Monate	12	13 %
19-24 Monate	19	21 %
25-30 Monate	12	13 %
31-36 Monate	8	9 %

44 Prozent der Kinder waren bei der Erstanmeldung ein Jahr und jünger alt, 34 Prozent waren 13-24 Monate und 22 Prozent 25-36 Monate alt.

Im Vorjahr waren 60 Prozent 1 Jahr und jünger, 23 Prozent zwischen 1 und 2 Jahren und 17 Prozent zwischen 2 und 3 Jahren.

7.4. WOHNORT: STADT ODER LANDKREIS PASSAU

Von den 92 betreuten Kindern stammen 60 aus dem Landkreis, also 65 Prozent und 32 aus der Stadt Passau, das sind 35 Prozent. Das heißt, gut ein Drittel der Kinder kommt aus der Stadt und knapp zwei Drittel aus dem Landkreis Passau. Im Vorjahr stammten 30% aus der Stadt und 70% aus dem Landkreis.

7.5. ANREGUNG ZUR ANMELDUNG

Der Hinweis auf das Projekt „Die wichtigen Jahre 0-3“ erfolgte durch folgende Berufsgruppen, Einrichtungen und Stellen:

STELLEN	ANZAHL	PROZENT
Kinderärzte	18	20%
Schwangerenberatungsstellen	17	18%
Jugendämter	14	16%
Hebammen	10	11%
Kindertagesstätten	10	11%
Frühförderstelle	9	10%
Medien (Flyer, Zeitungsartikel)	4	4%
Kinderklinik/SPZ	3	3%
Bekannte	3	3%
Kinderpsychiatrie	1	1%
Kinderschutzbund	1	1%
Stillberaterin	1	1%
Pekip-Gruppenleiterin	1	1%

7.6. VORSTELLUNGSGRÜNDE

Eltern nehmen zum Projekt 0-3 Kontakt auf,

1. weil bei ihrem Kind eine frühkindliche Regulationsstörung besteht;
2. weil sie aufgrund vielfältiger familiärer Belastungen Unterstützung im Umgang mit ihrem kleinen Kind suchen. Bei diesen Eltern liegen mehr als zwei der folgenden Risikofaktoren für die kindliche Entwicklung vor: Unerwünschte Schwangerschaft, allein erziehend, finanzielle Notlage, Alter der Mutter unter 21 Jahren, psychische oder Sucht-Erkrankung eines Elternteils, schwere Partnerschaftskonflikte, eigene Vernachlässigungs- oder Misshandlungserfahrung eines Elternteils und soziale Isolation;
3. weil die Eltern allgemeine Fragen zur Erziehung und Entwicklung ihres Kindes haben, wie z. B. ob ein bestimmtes Verhalten des Kindes normal oder die Entwicklung altersgerecht oder die Erziehungsmaßnahme Erfolg versprechend ist.

Frühkindliche Regulationsstörungen und Verhaltensprobleme lagen bei 54 Kindern vor (59%), vielfältige familiäre Belastungen bei 25 Kindern (27%), und bei 13 Kindern (14%) meldeten sich die Eltern aufgrund allgemeiner Entwicklungs- und Erziehungsfragen.

VORSTELLUNGSGRUND	ANZAHL	PROZENT
Frühkindliche Regulationsstörungen	54	59%
Vielfältige familiäre Belastungen	25	27%
Allgemeine Entwicklungs- und Erziehungsfragen	13	14%

Folgende frühkindliche Regulationsstörungen lagen vor:

FRÜHKINDLICHE REGULATIONSPROBLEME (MEHR ALS EINE ANGABE MÖGLICH)	ANZAHL	PROZENT
Exzessives Schreien	13	17 %
Ein- und Durchschlafstörung	21	28 %
Anklammern/Ängste	10	13 %
Fütterproblem/Esstörung	3	4 %
Trotz/Aggression/Opposition	22	29 %
Unruhe/Spielunlust	7	9 %

7.7. ANZAHL DURCHGEFÜHRTER TERMINE

Es fanden 376 Kontakte mit den Kindern und ihren Eltern statt. Im Vorjahr waren es 177 Kontakte, d. h. es fanden 2009 mehr als doppelt so viele Kontakte als 2008 statt. Die Termine dauerten in der Regel ein bis zwei Stunden. Manche Beratungen erfolgten telefonisch. Die Anzahl der Termine pro Familie im Jahr 2009 lag zwischen einem und 25 Terminen. Die Intensität von Beratungen ist je nach Problematik des Kindes und der Familie unterschiedlich. Bei frühkindlichen Regulationsstörungen von Kindern und Erziehungs- und Entwicklungsfragen der Eltern kann die Beratung früher abgeschlossen werden als bei vielfältigen familiären Belastungen. So wurden für Eltern regulationsgestörter Kinder durchschnittlich 2,85 Beratungstermine benötigt, bei allgemeinen Entwicklungs- und Erziehungsfragen 1,92 Termine, während mit Familien, bei denen vielfältige familiäre Belastungen vorlagen, 7,88 Kontakte stattfanden. Bei 37% der vorgestellten Kinder war nur ein Termin vonnöten, bei 63% der Kinder konnte die Betreuung spätestens nach 3 Terminen beendet werden. Insgesamt ergab sich folgende Verteilung von Beratungsterminen pro Familie:

ANZAHL AN BERATUNGSTERMINEN PRO FAMILIE 2009	HÄUFIGKEIT	PROZENT
1 Termin	34	37 %
2-3 Termine	24	26 %
4-6 Termine	18	21 %
7-10 Termine	8	9 %
13 Termine	1	1 %
14 Termine	3	3 %
18 Termine	1	1 %
21 Termine	1	1 %
25 Termine	1	1 %

7.8. ANZAHL VON HAUSBESUCHEN GEGENÜBER TERMINEN IN DER BERATUNGSSTELLE

Von den 376 durchgeführten Terminen fanden 254 als Hausbesuche (68%) und 122 (32%) in der Frühförderstelle statt. Im Vorjahr betrug der Anteil an Hausbesuchen 63%, 2009 waren also prozentual mehr Hausbesuche notwendig.

7.9. BEENDIGUNG DER BERATUNG

64 Beratungsfälle von den 92 im Jahr 2009 bearbeiteten Fällen konnten abgeschlossen werden. In 40 Fällen (63%) wurde eine Besserung erreicht.

In 4 Fällen (6%) brachen die Eltern die Beratung ab. In 20 Fällen (31%) wurden die Kinder weitervermittelt und zwar ein Kind an den Kinderschutzbund und 19 Kinder an die Interdisziplinäre Frühförderstelle, d. h. 30% der abgeschlossenen Fälle benötigen eine Frühförderung.

GRUND FÜR BEENDIGUNG	ANZAHL	PROZENT
Besserung der kindlichen Probleme	40	63 %
Abbruch der Beratung	4	6 %
Weitervermittlung	20	31 %

7.10. FALLBEZOGENE ZUSAMMENARBEIT UND VERNETZUNG

Gespräche, Telefonate und Absprachen bezogen auf ein Kind und seine Familie fanden mit folgenden Stellen statt: Kinderärzte, Schwangerenberatungsstellen, Jugendämter, Frühförderstelle, Kinderklinik/SPZ, Kinderpsychiatrie, Hebammen, Kinderschutzbund, Koordinierende Kinderschutzstellen (KOKI), sozialpädagogische Familienhilfen (SPFH), Hebammen, Kindertagesstätten, Erziehungsberatungsstelle.

8. BESCHREIBUNG DER BERATUNGS- UND BEHANDLUNGSKONZEPTE MIT FALLBEISPIELEN

Entsprechend der Ausbildungen der Mitarbeiter im Projekt „Die wichtigen Jahre 0-3“ kommen in der Behandlung der Kinder und der Beratung der Eltern das Münchner Modell der Eltern-Säuglings/Kleinkind-Beratung, das STEEP™ – Programm und die Entwicklungspsychologische Beratung zur Anwendung. Entstehung, Ziele, Prinzipien und Methoden dieser Ansätze werden im Folgenden beschrieben.

Das Vorgehen wird anhand von Fallbeispielen erläutert.

8.1. „SCHREIBABY“ - BERATUNG BZW. ELTERN-SÄUGLINGS/ KLEINKIND-BERATUNG UND -PSYCHOTHERAPIE

Die Behandlung regulationsgestörter Säuglinge und Kleinkinder und die Beratung der Eltern erfolgt nach dem Münchner Modell der Eltern-Säuglings/Kleinkind-Beratung und -Psychotherapie.

Das Behandlungsmodell hat seine Wurzeln in den langjährigen Forschungsarbeiten des Ehepaars Hanus und Mechthild Papoušek über die vorsprachliche Kommunikation und intuitive elterliche Früherziehung.

1991 wurde am Kinderzentrum die „Münchner Sprechstunde für Schreibabys“ eingerichtet, in der Eltern von Schreibabys beraten, Forschungsarbeiten erstellt und Fachkräfte fortgebildet werden.

In der Praxis stellte sich heraus, dass sich Eltern mit älteren Säuglingen und Kleinkindern in der Sprechstunde meldeten, bei denen die so genannten Dreimonatskoliken bereits abgeklungen waren, jedoch Ein- und Durchschlafstörungen, Fütter- und Gedeihstörungen, motorische Unruhe, Anklammern und Trennungsängste, Trotzanfälle und Kopfschlagen oder aggressives und oppositionell-provozierendes Verhalten auftraten. Diese Störungen wurden unter dem Oberbegriff „Regulationsstörungen der frühen Kindheit“ zusammengefasst.

Je nach Entwicklungsphase betrifft das Regulationsproblem einen anderen Bereich, nämlich beim schreienden und schlafgestörten Säugling die Organisation des Schlafens, beim füttergestörten Kind die Regulation von Nahrungsaufnahme und Verdauung, beim anklammernden Kind die Regulation von Bindung und Exploration, beim unruhigen Kind die Steuerung von Aufmerksamkeit und Wahrnehmungsverarbeitung, beim trotzbildenden und aggressiven Kind die Steuerung von Erregung und Gefühlen sowie von Abhängigkeit und Autonomie.

Für diese frühkindlichen Regulationsstörungen im Alter von 0-3 Jahren wurde ein gemeinsames therapeutisches Rahmenkonzept mit spezifischen Ergänzungen für die einzelnen Störungsbilder entwickelt.

Die Behandlung zielt auf die rasche Auflösung negativer gegenseitiger Kommunikations- und Interaktionsmuster zwischen Kind und Eltern, so dass das Zusammensein mit dem Kind wieder positiv und belohnend erlebt wird.

Das Vorgehen nach dem Münchner Modell wird im Folgenden am Beispiel des exzessiven Schreiens erläutert.

Man geht davon aus, dass das unstillbare Schreien in den ersten drei Lebensmonaten Ausdruck einer unreifen Schlaf-Wach-Organisation mit Überreiztheit und Schlafdefizit ist. D. h. Schreibabys können bei Ermüdung nicht abschalten, kämpfen gegen das Einschlafen an und finden nicht in den Schlaf. Sie sind häufig überreizt, halten nur kurze, wenig erholsame Schläfchen und haben eine kürzere Gesamtschlafdauer. Sie zeigen keine Selbstberuhigung und brauchen entsprechend mehr Beruhigung durch die Eltern.

Das unstillbare Schreien eines Säuglings stellt für die betroffenen Eltern eine erhebliche Belastung und Verunsicherung dar. Es weckt Gefühle von Versagen in der Elternrolle, verletztem Selbstwertgefühl, Ohnmacht und Niedergeschlagenheit. Bei fast allen Eltern entstehen Aggressionen und ohnmächtige Wut gegenüber dem eigenen Baby. Ein extrem schreiendes Baby stellt viel höhere Anforderungen an die Erziehungskompetenz der Eltern. Schreiende Säuglinge sind überdurchschnittlich häufig von Kindeswohlgefährdungen betroffen. Eine besonders gefährliche Form der Misshandlung ist dabei das so genannte Schütteltrauma, bei dem der schreiende Säugling geschüttelt wird und dabei schwerste Hirnverletzungen erleiden kann.

Ein wichtiger erster Schritt in der Arbeit mit Familien von Schreibabys besteht darin, die Eltern mit ihren Ängsten, ihrer Verzweiflung, Verunsicherung und ihren Aggressionen ernst zu nehmen und aufzufangen. Infolge des Schlafmangels und der täglichen Stressbelastung sind vor allem die Mütter oft so erschöpft und überfordert, dass für sie als erstes Entlastungsmöglichkeiten geschaffen werden müssen.

Als zweites werden die Eltern in Bezug auf das Schreien, dessen Entstehung und Aufrechterhaltung und in Bezug auf Beruhigungs- und Einschlafstrategien beraten.

Schließlich geht es noch um das gegenseitige Verstehen von Eltern und Baby im Zusammenhang mit Schreien, Beruhigen und Schlafen legen als auch im entspannten Zusammensein. Dieses Verstehen gelingt am besten beim wiederholten Betrachten von Video-Aufnahmen von Kind-Eltern-Szenen.

In der Regel ist das übermäßige Schreien eine vorübergehende Störung, die rasch auf Behandlung und Beratung anspricht.

Im Folgenden wird ein Fallbeispiel für eine „Schreibaby“ - Beratung bei einem 26 Monate alten regulationsgestörten Kind mit starken Wutanfällen und einer Schlaf- und Fütterstörung dargestellt.

8.2. FALLBEISPIEL EINER „SCHREIBABY“-BERATUNG

8.2.1. BASISINFORMATIONEN ZU KIND UND FAMILIE

Name des Kindes: Vera (Name geändert)

Alter des Kindes bei Erstvorstellung: 26 Monate, Einzelkind.

Alter der Mutter: 27 Jahre

Anregung zur Anmeldung im Projekt 0-3 durch den Kinderarzt. Alleinerziehende Mutter. Trennung vom Vater des Kindes, als Vera 1 Jahr alt war. Vater ist Alkoholiker, war gewalttätig gegenüber der Mutter. Keine Unterstützung für die Mutter durch Großeltern, Verwandte oder Freunde. Schwangerschaftsverlauf: Häufige Konflikte mit dem Vater des Kindes, milder Nikotinmissbrauch der Mutter während der Schwangerschaft. Entwicklungsverlauf: altersgerechte Bewältigung der Meilensteine der frühkindlichen Entwicklung (Laufen lernen mit 16 Monaten, Einwortsätze mit 18 Monaten).

8.2.2. VORSTELLUNGSGRUND

Bei Grenzsetzungen und Frustrationen schlägt Vera ihren Kopf gegen Tisch und Boden, schlägt sich ins Gesicht, haut ihre Mutter, wirft mit Dingen, hat ausgeprägte Trotzanfälle (sich auf Boden werfen, um sich schlagen, bis zu einer Stunde lang schreien), handelt Aufforderungen entgegen, missachtet Verbote. Vera schläft nur im Elternbett mit Körperkontakt zur Mutter ein, das Einschlafen dauert bis zu einer Stunde, sie wacht nachts mehrmals auf und braucht ihre Mutter zum Wiedereinschlafen.

Vera isst ungerne feste Nahrung, trinkt 4 Flaschen Kaba am Tag, bevorzugt flüssige Nahrung wie Suppe und Joghurt. Sie wird von der Mutter noch gefüttert.

8.2.3. SYMPTOME/BEFUNDE/BEOBACHTUNGEN

Körperliche Befunde: Cafe´-au-lait-Flecken seit Geburt, Knick-Senkfüße beidseits, Neigung zu Verstopfung.

Wegen Angst vor Ersticken brachte die Mutter Vera seit ihrer Geburt ins Elternbett und legte sich zum Einschlafen dazu. Im Alter von einem Jahr wurde das Einschlafen nach der „Jedes Kind kann schlafen lernen“ – Methode im Kinderbett probiert, aber abgebrochen, als Vera zwei Stunden lang schrie.

Das Kind isst zu Hauptmahlzeiten nichts, es fordert ständig Kaba. Die Mutter verweigert ihr Kaba, das Kind beginnt zu schreien, die Mutter gibt ihr schließlich Kaba-Flasche, das Kind wirft Kaba-Flasche weg. Trotzanfälle seit dem 2. Geburtstag. Umgang der Mutter mit Trotzanfällen: Kind streicheln, Kind fragen („was hast du?“), Verhalten verbieten („nicht schmeißen“), bei Schlagen Hand festhalten.

8.2.4. DIAGNOSTISCHE EINSCHÄTZUNG

- Exzessives Trotzverhalten, d. h. lang dauernde (bis zu einer Stunde) und häufige Wutanfälle (5 pro Tag).
- Ein- und Durchschlafstörung
- Fütterstörung
- Soziale Isolation der Mutter und mangelnde soziale Unterstützung für die Mutter

Beim Essen, Einschlafen und Setzen von Grenzen und Regeln Unsicherheit, unklare Regeln, mangelnde Konsequenz und Nachgiebigkeit der Mutter, um schwere Trotzanfalle zu verhindern. Das Kind lernte so, dass sich Wutanfälle lohnen.

8.2.5. ZIELE DER BERATUNG / BEHANDLUNG

- Entlastung der Mutter durch Tagespflegeperson
- Soziale Integration am Ort
- Empathisches Eingehen auf Gefühle der Mutter
- Informationen über Autonomieentwicklung bei zweijährigen Kindern
- Anleitung eines angemessenen Umgangs mit Trotz und aggressivem Verhalten
- Einführen und Durchsetzen von Regeln
- Selbständiges Essen bei den Mahlzeiten, Reduktion der Kaba-Nahrung
- Verstärkung gelungener Interaktionen zwischen Mutter und Kind im Spiel und in Abgrenzungssituationen

8.2.6. BEHANDLUNGSPLAN (ANSATZPUNKTE, BEHANDLUNGSSCHRITTE)

- Soziale Integration und Entlastung durch Vermittlung einer Tagespflegeperson über das Jugendamt sowie Vermittlung einer Mutter-Kind-Gruppe am Ort
- Fütterberatung
Video-Aufnahme vom Essen, selbständiges Essen mit Löffel und Gabel, Besprechung der „goldenen“ Essensregel, Reduktion der Kaba-Nahrung
- Entwicklungsberatung
Schreien und Trotzverhalten ignorieren, aggressives Verhalten stoppen, vernünftige Regeln durchsetzen, dabei nicht nachgeben.
- Kommunikationstherapie
Verstärkung positiver Mutter-Kind-Spielinteraktionen, Bewusstmachen, wann die Mutter kindliches Verhalten belohnt, positives Verhalten belohnen, negatives Verhalten ignorieren.
- Entlastende Gespräche

8.2.7. VERLAUF

Wegen mangelnder Mobilität der Mutter (kein Auto, schlechte Anbindung an öffentliche Verkehrsmittel) 5 Hausbesuche in einem Zeitraum von 4 Monaten.

1. Termin:

Aufnahmegespräch, Informationen der Mutter zur bisherigen Entwicklung und aktuellen Problematik.

Verhaltensbeobachtung: Vera spielt mit mitgebrachtem Spielmaterial, wendet sich immer wieder an die Mutter, Mutter geht auf Kind ein.

Telefonat mit dem Kinderarzt, der von Veras Trotzverhalten und der Hilflosigkeit der Mutter berichtet. Telefonat mit Jugendamt wegen Tagespflegeperson- Vermittlung. Telefonat mit Mutter-Kind-Gruppenleiterin.

2. Termin, eine Woche später:

Kommunikationstherapie am Boden. Vera spielt mit der Mutter Ball, greift Spielideen der Mutter auf, tut so, als ob sie Puppe füttert, spricht Einwortsätze, schaut mit Mutter Bilderbuch an. Mutter streichelt Vera, als sie schreit, weil mitgebrachte Spielsachen wieder eingeräumt und mitgenommen werden. Bewusstmachen, dass so Schreien belohnt wird. Besprechung von Grenzsetzungssituationen und Umgang mit Trotzanfällen. Information über Autonomieentwicklung. Vermittlung der Mutter-Kind-Gruppe am Ort.

3. Termin, zweieinhalb Wochen später:

Eine Abnahme der Trotzanfälle von 5 auf 1-2 pro Tag wird berichtet. Kind hilft dieses Mal am Schluss beim Einräumen der Spielsachen mit und akzeptiert Erklärung ohne Geschrei. Trotzanfalle lässt Mutter jetzt vorbeigehen, ignoriert sie, außer wenn Vera Kopf gegen Tisch schlägt. Nur noch 1 Flasche Kaba pro Tag, Kaba wird verdünnt. Besprechung der Essenssituation, Essensregeln erklärt. Teilnahme an Mutter-Kind-Gruppe gefällt Kind und Mutter. Vera spielt intensiv mit Praktikant, der bei diesem Termin hospitiert. Video-Aufnahme für nächstes Mal angekündigt.

4. Termin, 4 Wochen später:

Wurde von der Mutter abgesagt, weil Mutter wegen Veras Verstopfung Arzt aufsuchen muss. Am Telefon berichtet Mutter, dass Tagesmuttervermittlung scheiterte, weil keine geeignete Tagespflegeperson gefunden werden konnte.

5. Termin, 2 Wochen später:

Vera trotzt wenig, schlägt Kopf nicht mehr gegen Tisch laut Mutter. Sie isst bei Hauptmahlzeiten mit, trinkt keinen Kaba mehr, Verstopfung gebessert. Mutter lässt gerade Windeln weg, Vera meldet sich bei Harn- und Stuhldrang. Video-Aufnahme von Essens- und Spielsituation wird gemacht.

6. abschließender Termin, 1 ½ Monate später (dazwischen Weihnachtsurlaub):

Vera isst gut und selber, ist tagsüber sauber und trocken. Sie befolgt Aufforderungen der Mutter. Betrachtung und Besprechung der Video-Aufnahme. Freundschaft mit Nachbarin war entstanden. Kein Beratungsbedarf mehr, Ende der Maßnahme.

8.2.8. ABSCHLIEßENDE EINSCHÄTZUNG

Deutliche Abnahme der Trotzanfälligkeiten, schlägt Kopf nicht mehr gegen Boden oder Tisch, haut auf Mutter nicht mehr ein. Befolgt Aufforderungen der Mutter. Trinkt keinen Kaba mehr, isst selber mit Löffel. Ist tagsüber sauber und trocken geworden. Schläft im Körperkontakt mit Mutter nach spätestens 10 Minuten ein, weckt nachts die Mutter nicht mehr. Mutter ist nicht mehr sozial isoliert, hat Kontakt zu Nachbarin und Mutter-Kind-Gruppe.

8.3. STEEP™ – PROGRAMM BZW. SCHRITTE ZU EINER ERFREULICHEN UND GELINGENDEN ELTERN SCHAFT

STEEP™ (Steps Toward Effective and Enjoyable Parenting/Schritte zu einer erfreulichen und gelingenden Elternschaft) ist ein komplexes bindungstheoretisch fundiertes Frühbehandlungsprogramm aus den USA.

Es wurde 1986 von Byron Egeland und Martha Erickson entwickelt und enthält Erkenntnisse aus einer der bedeutendsten Längsschnittstudien zur Bindungsentwicklung innerhalb einer Armutsstichprobe in Amerika. Die Effektivität wurde in einer gesonderten Langzeitstudie nachgewiesen.

STEEP™ richtet sich besonders an Eltern, die unter Hochrisikobedingungen (niedriger Bildungsstand, Einkommensarmut, soziale und psychische Probleme) leben. Es soll dazu beitragen, Kinder aus schwer psychosozial belasteten Familien vor desorganisierten Bindungserfahrungen zu schützen und den Aufbau einer sicheren Bindungsbeziehung, die als ein wesentlicher Schutzfaktor der kindlichen Entwicklung gilt, zu fördern. STEEP™ startet idealerweise im letzten Drittel der Schwangerschaft und begleitet Eltern und Kinder bis zu deren 2. Geburtstag. Es besteht aus Hausbesuchen und Gruppenangeboten. Die Angebote finden wöchentlich im Wechsel statt und werden von ein und demselben STEEP™ Berater erbracht. Das Programm setzt auf drei verschiedenen Ebenen an:

Verhaltensebene:

In der STEEP™ – Beratung wird die Qualität der Eltern-Kind-Interaktion bezogen auf die anstehenden Entwicklungsaufgaben unter anderem durch den Einsatz von Video gefördert.

Die Eltern werden im Rahmen der Hausbesuche im Umgang mit ihren Kindern in Alltagssituationen wie Füttern, Wickeln und Spielen auf Video aufgenommen. Der Berater wählt die Szenen gelungener Interaktion aus und sieht sie gemeinsam mit den Eltern an. Diese Aufnahmen unterstreichen die Kompetenzen und Stärken der Eltern und lenken die Aufmerksamkeit auf die Eltern-Kind-Beziehung. Gemeinsam wird eine positive Beziehung zwischen Eltern und Kind entwickelt.

Gestaltung der helfenden Beziehung:

Bindungsmodelle ändern sich vorwiegend in bedeutsamen Beziehungen; deshalb kommt der Gestaltung der Beziehung mit dem STEEP™ – Berater eine zentrale Bedeutung zu. Das STEEP™ – Programm stellt Methoden zur Verfügung, mit denen der Berater den Eltern neue Beziehungserfahrungen ermöglicht mit dem Ziel, die Beziehungsregeln der Eltern zu wandeln.

Mütter, die unter Hochrisikobedingungen leben, sind selber als Kinder mangelhaft bemuttert worden oder haben Gewalt und seelische Erniedrigung erfahren. Sie wollen es bei ihren Kindern besser machen als ihre eigenen Eltern, stoßen aber im Erziehungsalltag rasch an ihre Grenzen. Der annehmende, respektvolle, fürsorgliche Umgang des Beraters mit der Mutter wirkt emotional korrigierend. Die Akzeptanz durch den Berater nährt die Mutter psychisch und wirkt sich direkt auf die Mutter-Kind-Beziehung aus.

Ebene der Sozialen Unterstützung und Wissensebene:

Neben den Einzelkontakten kommt dem Gruppenangebot im STEEP™ – Programm eine besondere Bedeutung zu, da eine Gruppe einen sicheren Raum darstellt, um einen Erfahrungsaustausch über belastende und schwierige Erlebnisse zu ermöglichen. Das spezifische Gruppenprogramm orientiert sich an Alltags- und Erziehungsfragen und den Entwicklungsaufgaben der Kinder. Themen sind z. B. kindliche Signale; Ausdruck von Gefühlen; feinfühliges Grenzsetzen, emotionale Entwicklung; Reflektion über das Elternsein. Die STEEP™ – Gruppe dient aber vor allem dem Aufbau eines sozialen Netzes der Eltern untereinander. Hier erhalten die Eltern die Gelegenheit, sich gegenseitig kennen zu lernen und gemeinsam zu essen, zu reden und mit ihren Kindern zu spielen.

Im Folgenden findet sich ein Fallbeispiel für eine STEEP™ – Beratung.

8.4. FALLBEISPIEL EINER STEEP™ – BERATUNG

8.4.1. ANGABEN ZUR FAMILIE

a) PERSONENBEZOGENE ANGABEN DER MUTTER

Frau Schuster (Name geändert), die Mutter von Laura (Name geändert), war bei der Geburt ihrer Tochter 18 Jahre alt. Sie ist ledig und wohnt mit dem Vater des Kindes nicht zusammen. Sie bemerkte die Schwangerschaft in der 18. Schwangerschaftswoche. Einen Monat später zog sie bei ihren Eltern aus.

Mit Hilfe von Jugendamt und Schwangerenberatungsstelle stellte sie die nötigen Anträge für finanzielle Hilfen (Arbeitslosengeld II, Erziehungsgeld, Kindergeld, Wohnungs- und Babyausstattung). Zunächst beabsichtigte sie die Schule auch nach Lauras Geburt weiter zu besuchen, entschied sich dann aber für eine einjährige Unterbrechung der Schulausbildung.

Bei der Versorgung von Laura wird Frau Schuster von ihren Eltern unterstützt. Bei der Geburt war ihr Cousin dabei, der sie auch unterstützte, bis er wegzog, als Laura 6 Monate alt war. Zu der Zeit zog Frau Schuster auch um. In der neuen Wohnung entwickelte sich ein Kontakt zur Nachbarin, die Laura auch hin und wieder betreute.

Die Beziehung zu Lauras Vater verschlechterte sich im Laufe des ersten Lebenshalbjahres von Laura. Als er die Tür von Frau Schusters Wohnung eintrat, erhielt er Haus- und Nährungsverbot. Da er keinen Unterhalt bezahlte, kam es zu einer gerichtlichen Auseinandersetzung.

b) PERSONENBEZOGENE ANGABEN DES KINDES

Lauras Geburt erfolgte per Notfallkaiserschnitt. Laura kam wegen einer postpartalen Anpassungsstörung und einer Neugeboreneninfektion für drei Tage in den Inkubator. Sie wog 3900g bei der Geburt, war 53 cm lang, ihr Kopfumfang betrug 34,5 cm und ihre APGAR-Werte waren 6/8/8. Bei Frau Schuster kam es zu Einblutungen im Bauchraum, dieser musste zwei Mal geöffnet werden.

Eine Entwicklungsdiagnostik mit Hilfe der Münchner Funktionellen Entwicklungsdiagnostik im Alter von 10 ½ Monaten ergab bei Laura einen altersentsprechenden Entwicklungsstand. Im einzelnen: Laufalter von 10 ½, Handgeschicklichkeitsalter von 11 ½, Perzeptionsalter von 10, Sprechalter von 14, Sozialalter von 11 und Selbstständigkeitsalter von 12 Monaten.

8.4.2. BETREUUNGSSETTING/RAHMEN DER BETREUUNG

Der Erstkontakt des STEEP™-Beraters erfolgte im 6. Schwangerschaftsmonat. In der Zeit nach Lauras Geburt fanden 14 Termine mit einer Dauer von 45 – 90 Minuten statt, ein Großteil davon als Hausbesuche.

Folgende Themen wurden bearbeitet:

Organisation des Alltages mit dem Kind. Hilfe bei Entscheidungsfindung ob Familienzeit oder Fortsetzung des Schulbesuchs. „Seeing is Believing“, Video-Aufnahmen im Alter von 1, 3, 6 und 9 Monaten von den Alltagssituationen Wickeln, Einschlafen, Füttern. Austausch und Abstimmung mit den anderen Beratern (Jugendamt, Erziehungsberatung, Schwangerenberatung, Hebamme). Entwicklungsberatung. Beratung bzgl. Schlafen, Füttern, feinfühliges Grenzsetzen.

8.4.3. EINSTUFUNG DER INTERAKTIONSGUALITÄT ZWISCHEN MUTTER UND KIND ANHAND DER FEINFÜHLIGKEITSSKALA

Die Einschätzung der Mutter hinsichtlich ihrer Feinfühligkeit anhand der Video-Aufnahme von der Füttersituation im Alter von 9 Monaten ergibt einen Wert von 5, nämlich „unbeständig feinfühlig“, von der Wickelsituation im Alter von 3 Monaten einen Wert von 7, nämlich „feinfühlig“. Ein Wert von 9 bedeutet „sehr feinfühlig“, ein Wert von 1 „sehr unfeinfühlig“.

Die Füttersituation mit 9 Monaten: Die selbstregulativen Verhaltensweisen „Mit den Beinen schlagen“ und „Mit der Hand auf den Tisch patschen“ greift die Mutter nicht auf. Sie kündigt die Mahlzeit nicht an und erkennt Sättigungssignale nicht. Sie nimmt aber zum Kind Blickkontakt auf, wartet ab, bis das Kind den Mund öffnet und erkennt, dass das Kind in die Kamera lächelt. Die Mutter nimmt beim Füttern mal Signale des Kindes wahr und reagiert darauf, mal tut sie das nicht.

Die Wickelsituation mit 3 Monaten: Die Mutter wiederholt Vokalisierungen des Kindes. Sie kommentiert Handlungen des Kindes („tust du Zähne suchen“, „Gesundheit“). Sie kündigt ihre Aktion an („tun wir dich anziehen“) und spiegelt den Affekt des Kindes, der sich in heftigem Atmen äußert („das ist blöd, gell“). Sie missdeutet „Das Hand in den Mund stecken“ als „Zähnesuchen“ und erkennt nicht, dass Laura sich damit beruhigt. Sie kommentiert ihre eigene Handlung („tun wir dicken Popo rein“). Das Kind wiederholt das „Bäh“ der Mutter mit „äh“. Die Mutter nimmt in der Wickelsituation viele Signale des Kindes wahr und reagiert meist prompt und angemessen.

8.4.4. ZIELE UND INHALT DER INTERVENTION

a) INTERVENTIONSZIELE

- Besseres Verständnis von der kindlichen Entwicklung
- Wahrnehmen und feinfühliges Beantworten kindlicher Signale
- Ermitteln und positive Bekräftigung der Stärken von Mutter und Kind
- Aufbau einer Vertrauensbeziehung zwischen Mutter und Berater
- Beratung bei Entwicklungsproblemen
- Soziale Unterstützung für die Mutter

b) INTERVENTION

Verhaltensebene:

Im Alter von 1, 3, 6 und 9 Monaten wurde Frau Schuster beim Wickeln, Anziehen, Füttern und Schlafen legen von Laura auf Video aufgenommen. Szenen gelungener Interaktion mit dem Kind und Beispiele feinfühligem Reagierens wurden vom Berater ausgewählt und wiederholt mit Frau Schuster angesehen. Darüber hinaus wurden Entwicklungsthemen und –probleme wie übermäßiges Schreien, Schlafprobleme, Füttern und feinfühliges Grenzsetzen besprochen.

Gestaltung der helfenden Beziehung:

Durch eine wertschätzende und einfühlsame Kommunikationshaltung von Seite des Beraters wurde eine Vertrauensbeziehung aufgebaut. Im Unterschied zu ihrer Kindheitserfahrung von Kritik und Zurücksetzung bekam Frau Schuster in der Beratungsbeziehung ihre Stärken und die ihrer Tochter gespiegelt, vor allem beim Betrachten der Videoaufnahmen, aber auch durch die Rückmeldung des entwicklungsdiagnostischen Ergebnisses. Dabei wurde Lauras fortgeschrittene Sprachentwicklung in Zusammenhang mit der mütterlichen Sprechfreude und ihren sprachlichen Imitationen im Alter von 3 Monaten gebracht. So konnte Frau Schuster neue Beziehungserfahrungen von Anerkennung und Wertschätzung machen.

Wissensebene:

Frau Schuster hatte bereits vor der Geburt ihrer Tochter als Babysitterin Kontakt zu Babys und Kleinkindern. Sie erhielt von der Hebamme und im Kurs der Kath. Schwangerenberatungsstelle „Fit fürs Kind“ Informationen von Fachreferentinnen über die Versorgung und die Entwicklung eines kleinen Kindes. Darüber hinaus wurden in den Beratungsterminen kindliche Entwicklungsstufen und –aufgaben an Hand von Hand-outs thematisiert, um das Verständnis von der kindlichen Entwicklung bei der Mutter zu vergrößern. Dem gleichen Zweck diente die Betrachtung und Besprechung von Filmszenen aus der DVD „Auf den Anfang kommt es an“.

Soziale Unterstützung:

Nachdem der Kontakt zu den Schulfreundinnen eingeschlafen und ihr Cousin verzogen war, klagte Frau Schuster über Einsamkeit. Die Mutter-Kind-Gruppe vor Ort wollte sie nicht besuchen wegen der „geordneten“ Familienverhältnisse (im Unterschied zu ihren „ungeordneten“), in denen die Teilnehmerinnen lebten. Auch nahm sie zu Müttern, deren Telefonnummern sie vom Berater erhielt, keinen Kontakt auf. Schließlich lernte sie über das Internet eine allein erziehende junge Mutter eines gleichaltrigen Kindes kennen, mit der zusammen sie was unternehmen konnte.

8.4.5. ABSCHLIEßENDE EINSCHÄTZUNG

Seit September 2009 besucht Frau Schuster die Abendschule. Laura wird von ihrer Oma und einer Tagesmutter betreut, wenn die Mutter die Schule besucht. Aufgrund der positiven Entwicklung Lauras und der gefestigten Erziehungskompetenz von Frau Schuster wurde die Beratung im gegenseitigen Einvernehmen beendet, als Laura 13 Monate alt war.

8.5. DIE ENTWICKLUNGSPSYCHOLOGISCHE BERATUNG

Die Entwicklungspsychologische Beratung ist ein niederschwelliges, bindungstheoretisch fundiertes Beratungskonzept für Eltern mit Babys und Kleinkindern in unterschiedlichen Lebenssituationen.

Sie wurde von Dr. Ute Ziegenhain, Dr. Mauri Fries, Barbara Bütow und Dr. Bärbel Derksen entwickelt. Als Expertinnen für „Frühe Kindheit“ liegt ihnen die Begleitung von Eltern und anderen wichtigen Bezugspersonen beim Aufbau einer entwicklungsförderlichen Beziehung zum Kind am Herzen. Dabei haben sie ein Vorgehen entwickelt, das sich primär an den Stärken und Ressourcen des Kindes und seiner Bezugsperson orientiert.

Merkmale:

Eltern erfahren etwas über die allgemeine Entwicklung von Säuglingen und Kleinkindern.
Eltern beobachten und verstehen die Fähigkeiten und Stärken ihres eigenen Kindes.
Eltern werden in ihrer Elternrolle bestärkt.

An wen richtet sich die Entwicklungspsychologische Beratung:

Eltern, die unsicher sind im Umgang mit ihrem Baby oder Kleinkind und alles „perfekt“ machen wollen.

Eltern, die aufgrund unerwarteter Anpassungsprobleme in der Verhaltensregulation ihres Kindes belastet und erschöpft sind.

Eltern, die zwar ein Problem mit ihrem Kind wahrnehmen, aber die Vorstellung haben, dass dieses Problem unabhängig von ihnen „repariert“ werden kann.

Eltern, bei denen andere Personen Entwicklungsgefährdungen des Kindes wahrnehmen, die die Eltern zu diesem Zeitpunkt nicht sehen.

Arbeitsweise der Entwicklungspsychologischen Beratung:

Anamnese (einschließlich pädiatrischer Abklärung!) und Erstgespräch mit lösungsorientierten Elementen.

Kurze Videoaufnahmen von alltäglichen alterstypischen Interaktionen zwischen Mutter/Vater und Kind.

Videofeedback mit den Eltern zu zunächst gelungenen Interaktionssequenzen.

Gemeinsame Erarbeitung von Beobachtungs- und/oder Handlungsaufgaben (z. B. Beobachtung von Feinzeichen für Belastungsreaktionen des Babys, mit dem Baby reden, Essensabläufe ändern, eindeutiger Signale für Grenzen setzen).

Raum und Zeit für Gespräche über Befindlichkeiten der Eltern und Alltagsstrukturierungen. Ggf. Wiederholung von Videoaufnahmen und -feedback.

Ggf. Initiierung und Koordination weiterer Hilfen.

Ziele der Entwicklungspsychologischen Beratung:
Verbesserung der Feinfühligkeit der Eltern (Wahrnehmen der kindlichen Signale, richtig interpretieren und prompt und angemessen darauf reagieren).
Schaffung von Voraussetzungen für feinfühliges Verhalten der Eltern (Hilfen bei der Alltagsstrukturierung, bei Gespenstern der Vergangenheit, bei anderen Alltagsorgen).
Akzeptanz bei den Eltern für die Veranlassung weiterer notwendiger Hilfen (z. B. Tagesbetreuung, SPFH u. a. mehr).
Prävention von Verhaltensauffälligkeiten und Entwicklungsstörungen im späteren Kindes- und Jugendalter.

8.6. FALLBEISPIEL EINER ENTWICKLUNGSPSYCHOLOGISCHEN BERATUNG

8.6.1. ANGABEN ZUM KIND

Name des Kindes: Martin Huber (Name geändert)
Alter des Kindes bei Erstvorstellung: 29 Monate
Kontaktherstellung: Die Kinderärztin hat die Mutter auf Frühförderung und das Projekt „0-3“ aufmerksam gemacht.
Vorstellungsgrund:

- Anklammern
- Starkes Trotzen
- Verdacht auf Entwicklungsverzögerung

Martin wird zu Hause hauptsächlich durch die Mutter betreut, er ist ein Einzelkind. Die Geburt verlief normal, es gab keine Besonderheiten; mit 6 Wochen erfolgte ein Klinikaufenthalt wegen einer Leistenbruchoperation. Martin schlief viel als Baby, die Nahrungsaufnahme war problematisch, er hat viel erbrochen, die Mahlzeiten dauerten manchmal bis zu 2 Stunden.

Entwicklungsmeilensteine der frühkindlichen Entwicklung:

- Laufen lernen mit 18 Monaten
- Erste sinnvolle Worte mit 10 Monaten
- Erste Zweiwortsätze mit 24 Monaten

Martin wurde ab dem Alter von 13 Monaten 7 Monate krankengymnastisch betreut, anschließend bekam er noch 1 Monat Ergotherapie.
Martin braucht beim Spielen immer die Mutter neben sich, beim Besuch der Mutter-Kind-Gruppe trennt er sich nicht von der Mutter und sucht von sich aus wenig Kontakt zu den anderen Kindern.
Wenn Grenzen gesetzt werden, reagiert Martin mit Wutanfällen und trotzt stark.
Verglichen mit anderen Kindern aus der Mutter-Kind-Gruppe ist er in der Entwicklung zurück. Eine Entwicklungsdiagnostik mit Hilfe der Münchner Funktionellen Entwicklungsdiagnostik im Alter von 28 Monaten ergab bei Martin einen Entwicklungsrückstand in der Grobmotorik und Selbständigkeitsentwicklung von 6-7 Monaten und in der Sprache von 8 Monaten.

8.6.2. SITUATION DER ELTERN

Frau Huber kümmert sich hauptsächlich um ihren Sohn, sie ist Hausfrau. Ihr Mann geht tagsüber einer geregelten Arbeit nach. Die Familie lebt in gesicherten Verhältnissen und bewohnt zusammen mit der Großmutter mütterlicherseits ein eigenes Haus. Die Großmutter unterstützt und entlastet die Mutter bei der Erziehung. Frau Huber war selbst als Kind und Jugendliche sprachlich stark entwicklungsverzögert, ihr Bruder war als Kind verhaltensauffällig, hatte ein aufbrausendes Temperament und war sehr unruhig. Die Mutter ist in Sorge, dass ihr Sohn dieses Temperament vererbt bekam.

Martins starkes Anklammern belastet die Mutter; sie bekommt von verschiedenen Seiten zu hören, dass sie in der Erziehung etwas falsch mache. Der Vater ist abends müde und abgespannt und kann sich nicht so intensiv, wie er möchte, um Martin kümmern. Die Mutter möchte als erstes erreichen, dass ihr Sohn sich auch mal über eine Zeit alleine beschäftigen kann.

8.6.3. RAHMEN DER BETREUUNG

In der Zeit von Juli 2009 bis Januar 2010 fanden 6 Termine mit einer Dauer von 45 Minuten bis 60 Minuten statt, die Termine fanden zu Hause statt.

8.6.4. ZIELE DER BERATUNG

- Stärkung des Selbstvertrauens der Mutter
- Verstärkung gelungener Interaktionen zwischen Mutter und Kind im Spiel und in Abgrenzungssituationen
- Herausarbeiten der Bedeutung und Wichtigkeit von Sprache in der Mutter-Kind-Interaktion
- Platz für Freiräume der Mutter (Partner übernimmt am Wochenende einen Tag das Kind, Mutter nimmt sich freien Tag)
- Informationen über Autonomieentwicklung
- Anleitung eines angemessenen Umgangs mit Trotz
- Anbahnung von Frühförderung wegen der Entwicklungsverzögerung

8.6.5. BERATUNGSPROZESS

Videoaufnahme von Spiel Mutter-Kind auf dem Boden: mit der Mutter wurde vorher abgesprochen, dass sie sich nach einer Zeit des gemeinsamen Spiels zurückzieht und sich auf die Couch setzt, um in einer Zeitschrift zu blättern; anschließend kommt sie wieder zu Martin zurück.

Videoanalyse:

Der erste Schritt besteht in einer möglichst genauen und konkreten Verhaltensbeschreibung des Kindes und der Mutter, ohne Interpretationen oder Bewertungen vorzunehmen.

Eindruck vom Kind:

Martin sucht Körperkontakt zur Mutter, setzt sich auf Schoß der Mutter, protestiert nicht, als die Mutter ihn wieder auf den Boden setzt und sich gegenüber positioniert. Er bezieht die Mutter ins Spiel ein, indem er ihr Spielsachen in die Hand gibt. Martin kommuniziert mit Mutter durch Gestik, Mimik, Handzeichen und verwendet wenig aktive Sprache.

Als sich die Mutter, wie besprochen, aus dem Spiel zurückzieht, spricht und protestiert er, seine Stimme wird laut. Er steht auf, geht zur Mutter, zupft an ihr und will sich auf ihren Schoß setzen. Als die Mutter zurückkehrt, sucht er Körperkontakt.

Eindruck von der Mutter:

Die Mutter wirkt ruhig, sie verändert die Position des Kindes. Sie gibt kurze Anweisungen und gibt Hilfestellung, wenn Martin es einfordert. Frau Huber kündigt ihr Vorhaben sich zurückzuziehen, sprachlich nicht an.

Gesamtbeurteilung und Thema der Beziehung:

Mutter und Kind sprechen wenig miteinander, beide spielen mehr nebeneinander als miteinander.

Auswahl einer gelungenen Videosequenz anhand einer Suchfrage nach einer gelungenen Interaktion:

Wo wirkt sich der Einsatz von Sprache positiv auf das gemeinsame Spiel aus?

Videofeedback:

Eine kurze Sequenz einer gelungenen Mutter-Kind-Kommunikation wird mit Frau Huber gemeinsam angeschaut und dabei positiv herausgearbeitet, wie wichtig es für Martin ist, in seinem Alter solche Situationen und Momente zu haben. Nach dem gemeinsamen Videogespräch wird die Mutter gebeten, dieses Verhalten genauer zu beobachten und in der nächsten Zeit verstärkt darauf zu achten, mehr Sprache einzusetzen, Abgrenzungen sprachlich anzukündigen und die Reaktion vom Kind zu beobachten.

Eine weitere Videoaufnahme erfolgt, bei der nochmals dem gemeinsamen Spiel eine Abgrenzungssituation folgt. Bei dieser Aufnahme kündigt Frau Huber sprachlich an, dass sie sich aus dem Spiel zurückziehen wird und erklärt, was sie machen will. Ihr Sohn beobachtet genau, wohin sie geht, versichert sich durch Blickkontakt, dass die Mutter auf dem Sofa sitzt. Er kann akzeptieren, dass sie nicht in seiner unmittelbaren Nähe ist, kommt von sich aus ins Spiel zurück und toleriert die Abwesenheit der Mutter.

8.6.6. BERATUNGSERGEBNIS AUS SICHT DER ELTERN

Die Mutter versucht, zu Hause in vertrauter Umgebung sich verstärkt abzugrenzen, anfangs für wenige Minuten, mittlerweile haben sich die „Alleinespielzeiten“ auf 20 – 30 Minuten verlängert. Frau Huber hat dies inzwischen auch auf eine Situation außer Haus übertragen, beim Besuch einer Freundin. Auch dies klappte laut Frau Huber gut.

Aufgrund seines Alters kann Martin über das Projekt „0-3“ nicht mehr betreut werden. Nach Rücksprache mit der Kinderärztin ist eine weitere Betreuung durch die Interdisziplinäre Frühförderung vorgesehen.

9. ANLAGEN

9.1. ARTIKEL DER PASSAUER NEUEN PRESSE VOM 03.08.2009 „DAS SCHREI-DRAMA IM KINDERZIMMER“

9.2. FLYER DES SOZIALMINISTERIUMS „HILFE FÜR ELTERN MIT SCHREIBABYS“