



Jahresbericht 2009





Jahresbericht 2009

Inhaltsverzeichnis

Vorwort der Landesvorsitzenden Sieglinde Lesjak	3
Vorwort Sozialreferent Mag. Christian Ragger	4
Erste Erfahrungen – erste Analysen Dr. ⁱⁿ Adele Lassenberger	5
Das Team des DELFI WOLFSBERG	8
Jahresstatistik	9
Therapie – bitte nicht stören! Mag. ^a Michaela Okorn	24

© Alle Rechte vorbehalten

Die Kinderfreunde Kärnten
Kinderschutzzentrum DELFI Wolfsberg
Rossmarkt 3, 9400 Wolfsberg, Telefon 0 43 52/30 4 37, Fax 0 43 52/30 4 37-5
e-mail: beratung@kisz-wolfsberg.at, www.kisz-wolfsberg.at

Gesamtherstellung | Digitaldruck:
Druckerei Theiss GmbH, 9431 St. Stefan i. Lav., www.theiss.at

Printed in Austria



Kinderschutz ist unsere gemeinsame Verantwortung

Das Kinderschutzzentrum DELFI Wolfsberg legt mit diesem Jahresbericht Zeugnis über das erste vollständige Betriebsjahr ab und aus den Berichten geht hervor, dass diese Einrichtung eine wichtige Lücke geschlossen hat. 2009 war ein Jubiläumsjahr – 20 Jahre Kinderrechtskonvention. Kinderschutz, Schutz vor jeglicher Form von Gewalt und Ausbeutung sind ein zentraler Bestandteil der Kinderrechte, bei deren Umsetzung die Kinderfreunde von Anfang an maßgeblich beteiligt waren.

Als Vorsitzende des Trägervereins freut es mich besonders, dass das Angebot des Kinderschutzzentrums DELFI Wolfsberg in kurzer Zeit so gut angenommen wurde. In diesem Zusammenhang danke ich dem engagierten und kompetenten Team für die hervorragende geleistete Arbeit.

Ich möchte mich aber auch bei den zuständigen Aufsichtsorganen der Kärntner Landesregierung sowie dem politischen Referenten für die Kooperation bedanken, die zeigt, dass auch hierzulande Kinderschutzagenden ein zentrales Anliegen der Jugendwohlfahrt sind.

Dem Bericht ist aber auch zu entnehmen, dass nach wie vor vieles noch zu tun ist und sich die gesamte Gesellschaft in Sachen Kinderschutz nicht zurücklehnen kann. In diesem Sinne erwarten wir uns auch in Zukunft die Kooperation und Unterstützung in Sachen Kinder- und Jugendschutz.

Dem Team im DELFI Wolfsberg wünsche ich auch für die nächsten Jahre alles Gute für diese anspruchsvolle Arbeit!

Sieglinde Lesjak
Landesvorsitzende





Kinderschutz

Kinderrechte sind Menschenrechte – das gilt auch für den Kinderschutz. Obwohl dieser eigentlich eine Selbstverständlichkeit sein sollte, braucht es Einrichtungen, wie das Kinderschutzzentrum DELFI, die sich einerseits der Sensibilisierung und Prävention sowie andererseits der Beratung von Betroffenen annehmen. In diesen Bereichen leistet das Kinderschutzzentrum DELFI hervorragende Arbeit, was an der starken Inanspruchnahme des Angebots zu sehen ist. Auch der vorliegende Jahresbericht ist ein gutes Beispiel dafür und veranschaulicht in übersichtlicher Weise die umfassenden Leistungen des Kinderschutzzentrums DELFI.

Um all diese Aufgaben bestmöglich zu erfüllen, braucht es auch ein engagiertes Team. Daher möchte ich den Mitarbeiterinnen des Kinderschutzzentrums DELFI herzlich für ihren Einsatz danken. Gleichzeitig möchte ich aber auch an alle anderen appellieren, den Kinderschutz ernst zu nehmen und aktiv dafür einzutreten. Dazu braucht es oft nicht mehr, als bewusst Hin- statt Wegschauen und uns in Erinnerung zu rufen, dass gerade Kinder auf die Hilfe von uns Erwachsenen angewiesen sind.

*Ihr Mag. Christian Ragger
Sozialreferent*



Das KISZ DELFI WOLFSBERG 2009:

Erste Erfahrungen – erste Analysen

Mit diesem Jahresbericht dokumentieren wir das erste vollständige Betriebsjahr des Kinderschutzzentrums (KISZ) DELFI WOLFSBERG. Die tägliche Arbeit im KISZ beinhaltet vielfältige Aufgaben und liefert dabei eine Fülle von Erfahrungen, was die Lebensrealität benachteiligter und/oder belasteter Kinder und Jugendlicher betrifft. Es sei mir als Leiterin der Einrichtung daher auch gestattet neben der inhaltlichen Berichterstattung über die geleistete Arbeit auch ein paar Gedanken über den Tellerrand der täglichen Arbeit hinaus zu machen. Aktiver Kinderschutz erfordert neben der konkreten klientenspezifischen Fallarbeit auch die reflektierende Auseinandersetzung mit den angesprochenen Lebenswelten der betroffenen Kinder und Jugendlichen, ganz besonders in Not- und Krisensituationen. Akuttraumata sind etwa der Tod einer nahe stehenden Person oder der (abrupte) Abbruch einer Beziehung (beispielsweise, wenn ein Elternteil auf Grund einer Straftat inhaftiert wird oder ein Elternteil mit einem Kind – vor dem anderen – flüchtet) oder das Mit-Erleben gewalttätiger Auseinandersetzungen innerhalb der Familie. Bisher zeigte sich, dass das KISZ auf Grund seiner Infrastruktur (tägliche Öffnungszeiten, Telefondienst) in solchen Fällen sehr wohl – meist über Vermittlung Dritter – in Anspruch genommen wird, jedoch in wenigen Fällen (insgesamt 6, siehe Seite 19) und meist kurzfristig. Das hat aber nicht nur damit zu tun, dass dies so wenig vorkommt oder von anderen Angeboten abgedeckt wird, sondern auch damit, dass die Not der betroffenen Kinder und Jugendlichen und der sich daraus ableitende Handlungsbedarf nicht in jedem Fall wahrgenommen wird, insbesondere dann, wenn Kinder „nur“ Zeugen der Gewalt sind. Wir werden diese Kinder aber noch später treffen – zum Beispiel in der Statistik bei den Verhaltensauffälligkeiten, die sich zahlenmäßig in weit höherem Ausmaß niederschlagen (54), als die Anfragen für Akutbetreuung.

Das würde bedeuten, dass es verstärkter Zusammenarbeit mit jenen Einrichtungen und Berufsgruppen (Polizei, Rettungsdienste, Spitäler) bedarf, die in diesen Fällen involviert sind. Diese Zusammenarbeit gibt es auch schon und es gibt eine große Bereitschaft dazu. Es zeigt sich aber auch, dass diese interdisziplinäre Schnittstellenarbeit viel Feingefühl und Kooperationskompetenz braucht, da Einrichtungen und Berufsgruppen mit sehr unterschiedlichen Aufgabenprofilen und den dazugehörigen Handlungskonzepten und Leitbildern aufeinander treffen.

Eine respektvolle und feinfühlig Kooperation braucht es aber, um angemessene und effiziente Hilfe zu bieten. Es braucht aber auch den Erfahrungsaustausch der unterschiedlichen ProfessionistInnen, wenn diese Kooperation gelingen soll.

Die Erkenntnisse der Traumaforschung und die Erfahrungen aus der Akutbetreuung zeigen ganz deutlich, dass eine möglichst frühe Intervention und Begleitung der beste Schutz vor Spätfolgen sind.

Doch hier mussten wir feststellen, dass die Betroffenheit von Kindern in solchen Situationen zu oft unzureichend wahrgenommen bzw. nicht entsprechend eingeschätzt wird. Wir merken es immer wieder auch in den Gesprächen mit Eltern und Angehörigen, wenn sie uns beispielsweise von früheren familiären Gewalterfahrungen berichten, dass sie davon ausgehen, dass die Kinder es nicht mitgekriegt haben. Aber auch im Umgang mit Verlusterfahrungen lässt sich ein gewisses Tabu feststellen, Kinder adäquat zu informieren und das Gespräch mit ihnen zu suchen. Kinder reagieren dann sehr oft so, dass sie der Umwelt zeigen, dass sie verstanden haben, dass diese ihre Gefühle und Nöte nicht aushalten.

Diese Haltungen von Angehörigen und Erziehungsberechtigten lassen sich mit deren eigener Betroffenheit und dem eigenen Schutzbedürfnis erklären, und dem intensiven Wunsch, dass es ihren Kindern gut gehe, dass diese guten Mutes in die Zukunft schauen können, auch wenn sie Schreckliches erlebt haben.

Aber auch unter Fachleuten lässt sich immer wieder die verbreitete Ansicht antreffen, dass Kinder vieles nicht mitkriegen – möglicherweise aus denselben Gründen wie bei den Angehörigen.

Dieser Ansicht müssen wir zunächst vehement widersprechen. Nicht die Kinder bekommen nichts mit, wenn schlimme Dinge in ihrem Umfeld passieren, sondern oft kriegen es die Erwachsenen nicht mit, was Kinder belastet oder verstört.

Wir meinen zum einen durch Aufklärungsarbeit dem entgegenwirken zu können. Wir meinen aber auch, dass es notwendig ist, unser Knowhow in einer „feinfühlig“ Kooperation mit einfließen zu lassen. Es gilt nicht nur den Betroffenen aufzuzeigen, wie Kinder von Gewalt- und Verlust-Erfahrungen betroffen sind, sondern vor allem, wie Kinder und Jugendliche bei der Verarbeitung solcher Erfahrungen unterstützt werden können. Dabei geht es darum, Spätfolgen und Schadensauswirkungen so genannter traumatisierender Erlebnisse abzufangen bzw. in Grenzen zu halten oder bestenfalls deren Bewältigung als weitere Lebensressource zu etablieren.

Es hat sich aber auch gezeigt, dass der Krisenbegriff weiter zu fassen ist. Gemäß der Definition, dass es bei Trauma und Krise nicht um objektive Tatbestände geht, sondern darum, dass die subjektiv erlebte Bewältigungsmöglichkeit angesichts eines zu bewältigenden Ereignisses das entscheidende Kriterium ist, ist festzuhalten, dass durchaus unspektakuläre Anforderungssituationen (z. B. ein Kind nässt ein oder wird nicht sauber) zu echten Krisensituationen werden können. Diese zeigt sich dann plötzlich und unerwartet für die Betroffenen, wenn gleich es aus fachlicher Sicht meist eine lange, oft generationsübergreifende Vorgeschichte gibt. In der Praxis der täglichen Arbeit stellt sich für uns Fachleute daher die Aufgabe, in den ersten Minuten am Telefon dieses subjektive Krisenerleben einzuschätzen und entsprechend zu reagieren. Das kann in einem Fall auch einmal bedeuten, dass es gilt aus einem akuten Hilfeschrei den momentanen Aufschrei heraus zu hören und auf die Eigenverantwortung zu verweisen und sich selbst nicht unter Druck setzen zu lassen. Das kann aber auch bedeuten, in einem leise angedeuteten Hinweis, den Ernst der Lage zu erkennen und abzuschätzen, ob eine Krisenintervention angebracht ist oder ob eine reguläre Anmeldung ausreichend ist.

Gemäß einem solchen Krisenverständnis wollen wir dort Termine in 1–4 Tagen anbieten, wo wir auf Grund der Erstberatung am Telefon zu dem Ergebnis gekommen sind, dass eine Akutintervention für eine Stabilisierung und Deeskalation notwendig ist. Das war in der Regel auch möglich. Dazu sei angemerkt, dass bei diesen Kontakten, die meist kurzfristig, aber zeitintensiv sind, sehr oft Weichen für eine spätere Konsultation gestellt werden. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass psychologische Krisenintervention zahlenmäßig geringfügig, meist kurzfristig, aber zeitintensiv ist, viel Energie für die Vernetzungsarbeit braucht und auch für uns Helferinnen emotional intensiv ist.

Dem gegenüber stehen dann mitunter auch Anfragen chronischer Relevanz, die erst bei näherer Befassung und im Laufe der Behandlung deutlich machen, welche komplexe Vorgeschichte zu den jeweiligen Leidenszuständen geführt hat. Deren Aufarbeitung ist weit zeitintensiver, oft auch unspektakulärer, weil die Erfolge mitunter auf sich warten lassen und einige Hindernisse auf diesem Weg zu überwinden sind, wie der diesjährige Fachartikel von Kollegin Okorn mit dem treffenden Titel „Therapie – bitte nicht stören“ zeigt.

Ich habe versucht, in diesem Jahr ein statistisches Randthema – die Akutbetreuung – in den Mittelpunkt meiner Überlegungen zu stellen und möchte diesem damit ein bisschen mehr Aufmerksamkeit schenken, ihm mehr Raum geben. Das ist etwas, das uns aus der täglichen Praxis sehr vertraut ist: Aufmerksamkeit für das, was oft übersehen wird.

Und übrigens: sollte Ihre Aufmerksamkeit auf etwas treffen, was wir übersehen haben, freuen wir uns über Ihr Interesse! In diesem Sinne wünsche ich eine anregende Lektüre!

Dr.ⁱⁿ Adele Lassenberger
Leiterin DELFI WOLFSBERG



Das Team des Kinderschutzzentrums DELFI WOLFSBERG



v. l. n. r.:
Mag.^a Michaela Okorn,
Dr.ⁱⁿ Adele Lassenberger,
Petra Ragger,
Mag.^a (FH) Sigrid Waich

Das Team im Jahr 2009

Dr.ⁱⁿ Adele LASSENBERGER

Leitung, Klinische und Gesundheitspsychologin

Mag.^a Michaela OKORN

Psychotherapeutin
(Katathym Imaginative Psychotherapie i.A.u.S.)

Mag.^a (FH) Sigrid WAICH

Sozialarbeiterin

Petra RAGGER

Verwaltung und Administration

Als Honorarkraft steht uns bedarfsorientiert **Mag. Klaus JOHAM**,
Psychotherapeut für klientenzentrierte Psychotherapie, zur Verfügung.

Dem KISZ DELFI WOLFSBERG stehen mit diesem Team pro Woche 15 Verwaltungsstunden und 78 Fachmitarbeiterinnenstunden zur Verfügung. Darüber hinaus wurden 2009 78,5 Honorarstunden für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie geleistet.

Jahresstatistik 2009

Vorbemerkung zur statistischen Erfassung der Daten:

Das KISZ befindet sich in seinem ersten vollständigen Kalenderjahr und der Schwerpunkt lag und liegt bisher auch auf Grund der Nachfrage in der direkten Arbeit mit den Hilfesuchenden KlientInnen. Die im Folgenden dargestellten statistischen Daten sollen Hinweise auf Klientenstruktur und Arbeitsweise geben.

Statistik ist je nachdem, was erhoben wird, immer auch von den eigenen Interessen bestimmt. Als Kinderschutzzentrum interessieren wir uns in erster Linie für die Auswirkungen und den Kontext von Gewalterfahrungen der Kinder und Jugendlichen und wie wir adäquate Strategien zu deren Behebung und Bewältigung entwickeln können.

Wir wollen aber auch unsere Arbeit und unseren Einsatz für eine interessierte Öffentlichkeit zugänglich machen und damit Rechenschaft ablegen, zumal unsere Arbeit auch von der öffentlichen Hand finanziert wird.

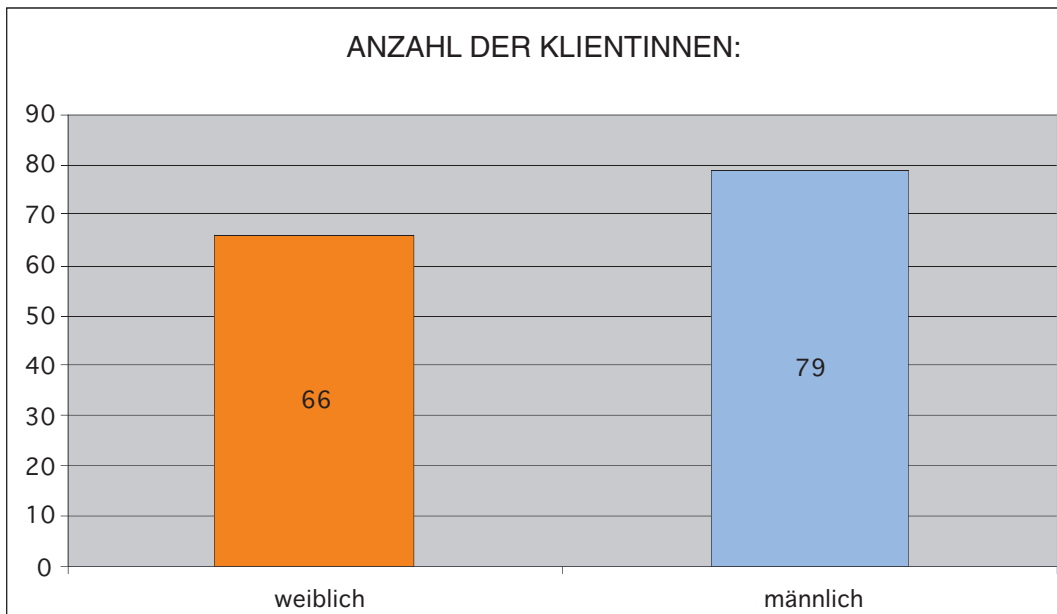
Statistik ist ein Steuerungs- und Reflexionsinstrument. Zum letzteren wäre zu sagen, dass die anonymisierte und kategorisierte Auswertung unserer Arbeit hilft, den Überblick zu behalten, sozusagen aus der Vogelperspektive noch einmal auf die Arbeit zu schauen. Ein Steuerungsinstrument ist sie insofern, dass die Ergebnisse zu neuen Impulsen führen. Daraus können dann bei Bedarf neue Schwerpunkte gesetzt werden. Insbesondere möchten wir uns bei der weiteren Planung der Präventionsangebote davon leiten lassen.

Ein Vergleich mit dem Vorjahr wurde heuer nicht bemüht, da die Daten auf Grund der kurzen Betriebsdauer zu Jahresende des Vorjahrs nicht vergleichbar sind, ein solcher Vergleich soll aber in den nächsten Jahren erfolgen.

Mitunter findet sich auch die Bemerkung „ohne Angabe“ (z.B. bei den Postleitzahlen, die wir wegen der Zuordnung zu den Regionen erheben). Das ist nicht Schlamperei, sondern hat damit zu tun, dass mitunter insbesondere bei Einmalberatungen nicht ein ganzer Datensatz erhoben wird, zumal wir auch die anonyme Beratung anbieten.

Für jede Art von Feedback, für Kritik und Anregungen, aber auch für Lob sind wir sehr dankbar. Sie finden dazu auf der letzten Seite einen Bogen, den sie gerne an uns retournieren können.

Anzahl der KlientInnen, weiblich und männlich, die das DELFI WOLFSBERG 2009 aufgesucht haben: 145

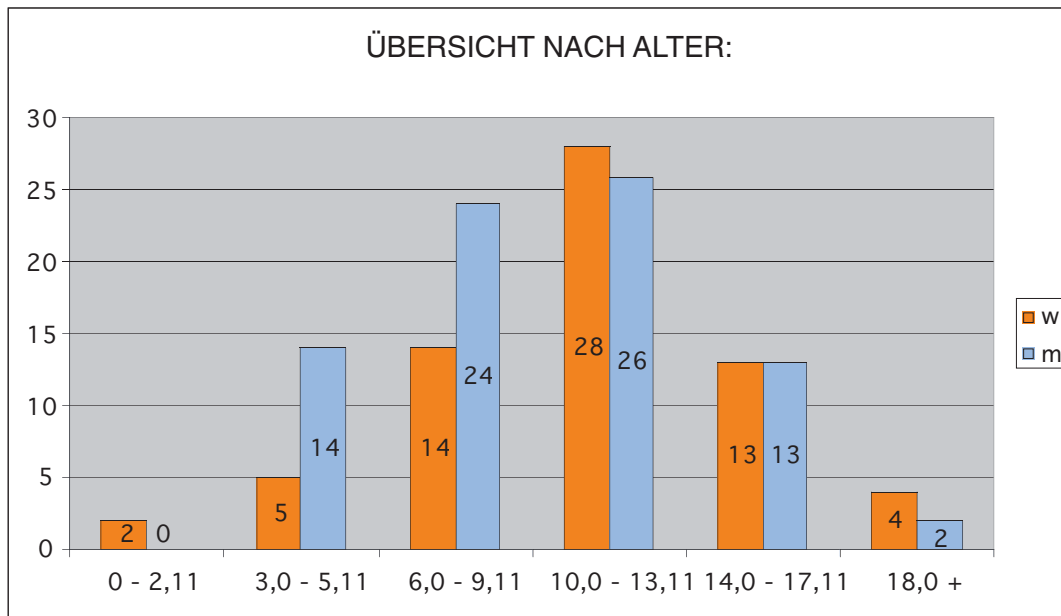


Kommentar:

Als KlientIn wird jeweils jene/r Minderjährige/r erfasst, wegen der/dem das KISZ kontaktiert wurde. Er oder sie wird als so genannte/r Indexklient/in erfasst. In der Praxis bedeutet das natürlich, dass wir es gerade im Bereich der Kinder- und Jugendlichenberatungen immer auch mit dem jeweiligen problemrelevanten Umfeld zu tun haben. Das heißt, dass wir es in jedem Fall mit einem KlientInnensystem zu tun haben, das aus mehreren Personen (in der Regel Familienangehörige) besteht, sehr oft auch mit den dazugehörenden HelferInnen-systemen.

Angesichts der vorhandenen Ressourcen ist mit dieser Zahl eine optimale Auslastung gegeben. Wartelisten für Psychotherapie hat es immer nur zeitweise gegeben, d.h. wir konnten übergangsweise mit ergänzenden Angeboten diese Wartezeiten überbrücken. Die Wartezeiten für Erstgespräche halten sich mit ein bis drei Wochen im Rahmen. Zu wenig Kapazität bleibt unseres Erachtens für nachgehende katamnestische Erhebungen. Wir würden gerne nach drei, sechs und zwölf Monaten Erhebungen über problemrelevante Entwicklungen durchführen. Auf Grund immer neuer drängender Nachfragen und Neuanmeldungen bleibt uns dafür leider keine Zeit.

Alter der KlientInnen:

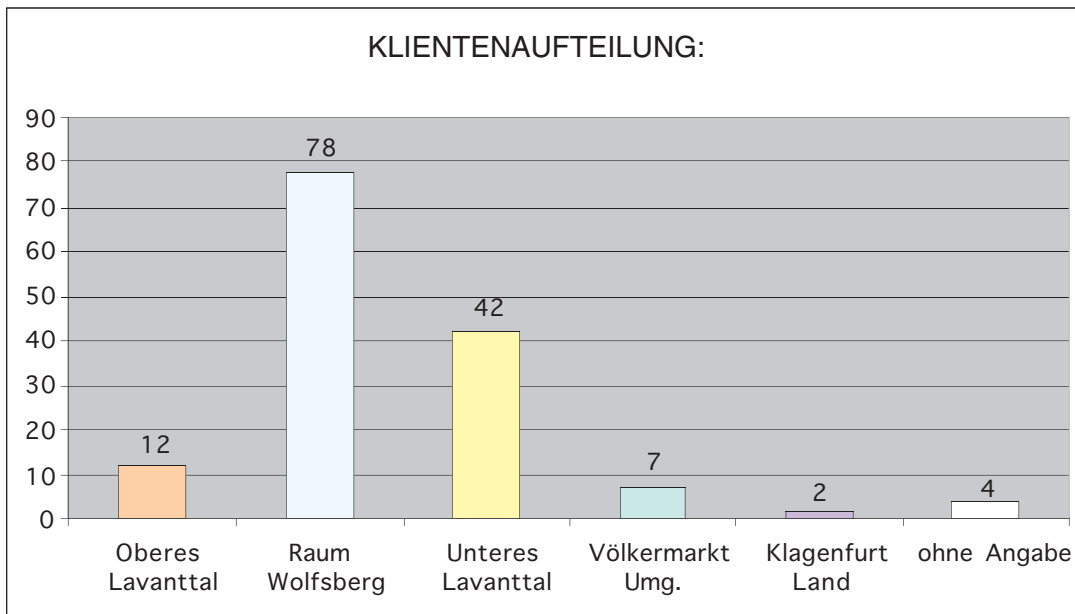


Kommentar:

Am meisten wurde Beratung und Therapie für die Altersgruppe der Zehn- bis Vierzehnjährigen in Anspruch genommen. Daraus ist vielleicht weniger der Schluss zu ziehen, dass es in dieser Altersgruppe die meisten Probleme gibt. Auf Grund unserer qualitativen Beobachtung scheint es zum einen eher so zu sein, dass in dieser Altersgruppe, sich Probleme bereits so verfestigt haben, dass Hilfe in Anspruch genommen wird. Zum anderen können wir feststellen, dass in dieser Altersgruppe auch die Eltern noch stärkeres Gewicht haben, die in der Regel die Entscheidung für eine Inanspruchnahme des KISZ treffen. Wir stellen uns in diesem Zusammenhang die Frage, ob Problemjugendliche nicht so leicht unser Angebot in Anspruch nehmen und auch nicht mehr so leicht durch die Eltern oder andere Bezugspersonen zu motivieren sind.

Interessant ist die Altersaufteilung auch unter dem Aspekt der Geschlechterparität. Während bis zum zehnten Lebensjahr mehr für Burschen Hilfe in Anspruch genommen wird, kehrt sich das Geschlechterverhältnis für die Altersgruppe der Zehn- bis Achtzehnjährigen um.

Anzahl der KlientInnen aus den Regionen: 145

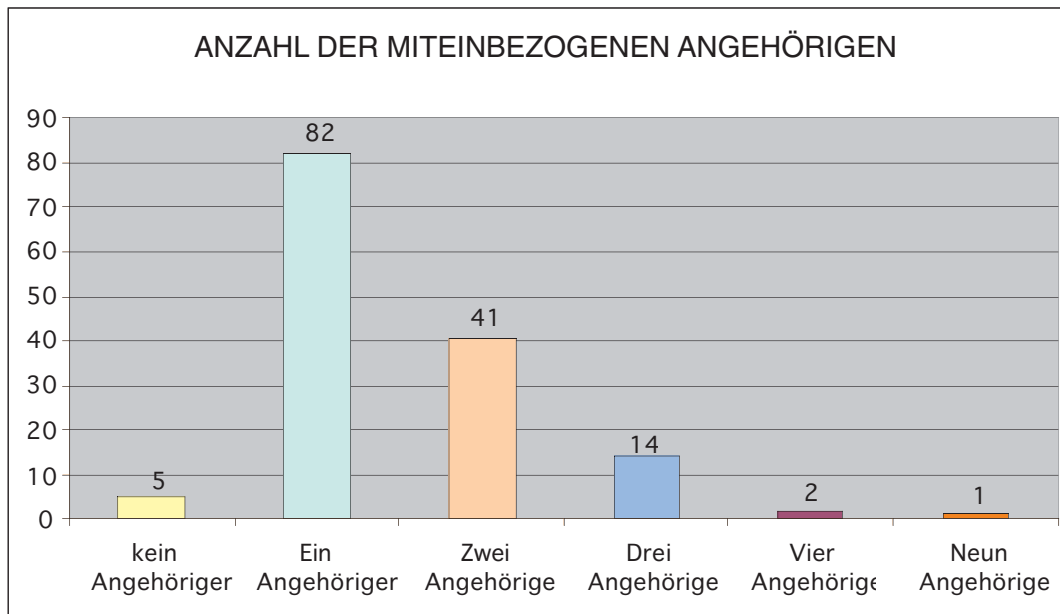


Kommentar:

Die meisten KlientInnen kommen aus dem Raum Wolfsberg – dies lässt sich damit erklären, dass es auch im „ländlichen Gebiet“ so etwas wie Ballungszentren gibt mit ev. erhöhtem Bedarf auf Grund der größeren Bevölkerungsdichte.

Der Bezirk Völkermarkt kann auch als Einzugsgebiet, zumindest, was den östlichen Teil des Bezirkes betrifft, angesehen werden.

Miteinbezogene Angehörige



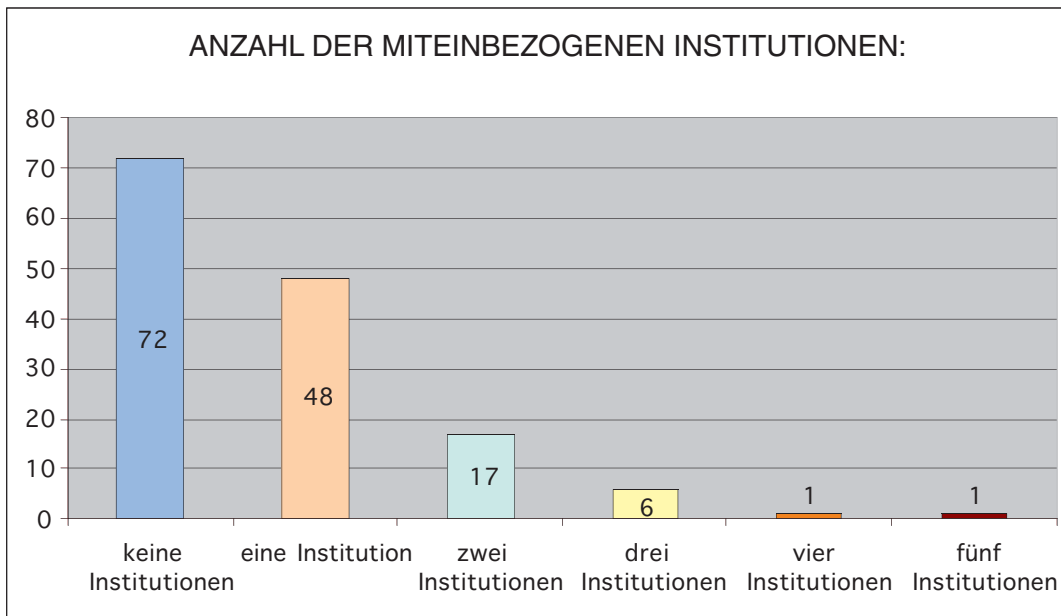
Kommentar:

Klar – EIN Angehöriger ist bei unseren Befassungen am häufigsten miteinbezogen, in der Regel die Hauptbezugsperson, sehr oft die Mutter. Das hat auch damit zu tun, dass die Gruppe der tatsächlich allein Erziehenden, also, jene die wirklich die Verantwortung für ihre Kinder alleine tragen – unabhängig davon, ob sie in einer Lebensgemeinschaft leben oder nicht – im Vergleich zur Gesamtbevölkerung überrepräsentiert sind. Das bedeutet aber auch, dass es – um es in Anlehnung an einen zweifelhaften Werbespruch auszudrücken – „verdammt hart ist“, allein für ein Kind/Kinder verantwortlich zu sein.

Um so erfreulicher ist es, dass in über der Hälfte der Fälle zwei und drei Angehörige mit einbezogen waren. Das bedeutet, dass sich Angehörige, zumeist die Eltern, für das Gelingen der Hilfe zumindest involvieren lassen. Was aus der Statistik nicht hervorgeht, jedoch aus den jeweiligen Falldokumentationen: viele der Zweit-Angehörigen sind getrennt lebende Väter.

Erläutert seien noch die fünf Fälle ohne einen miteinbezogenen Angehörigen. Dabei handelt es sich ausschließlich um Jugendliche über 14, also mündige Minderjährige, die über die Vermittlung einer Institution einen kurzfristigen Beratungskontakt gesucht haben oder vermittelt bekommen haben oder aber es waren Beratungssequenzen unter Einbezug anderer institutioneller Bezugspersonen, da sich Eltern nicht involvieren ließen.

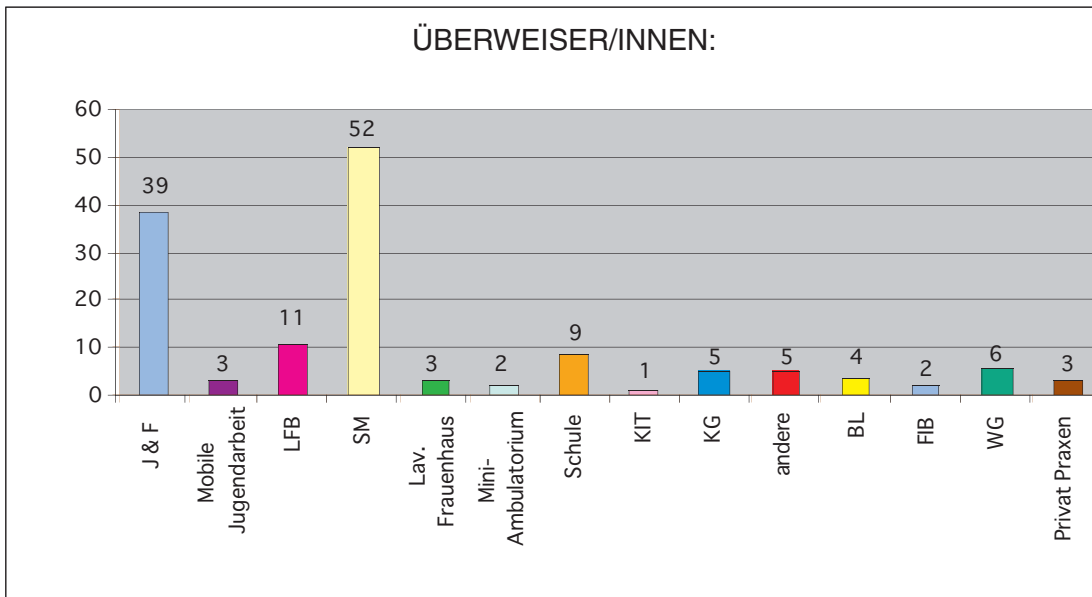
Miteinbezogene Institutionen



Kommentar:

In der Hälfte der Fälle, nämlich 71, wurde das Beratungs- bzw. Behandlungsangebot in Kooperation mit einer anderen Einrichtung umgesetzt. Im Unterschied zu den überweisenden Einrichtungen (vgl. Seite 14) bedeutet diese Kategorie, dass die Ziele der Interventionen und Behandlungen des KISZ eine Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen erforderten und entweder nur mit dieser oder besser mit jener erreicht werden konnten. Die Arbeit eines KISZ ist eng mit der öffentlichen Jugendwohlfahrt verknüpft und insbesondere in so genannten Kinderschutzfällen auch auf diese angewiesen. Das Jugendamt bzw. Referat für Jugend und Familie ist jene Institution mit der insbesondere bei Kinderschutzinterventionen eng kooperiert werden muss.

Übersicht: Zuweisende Stellen



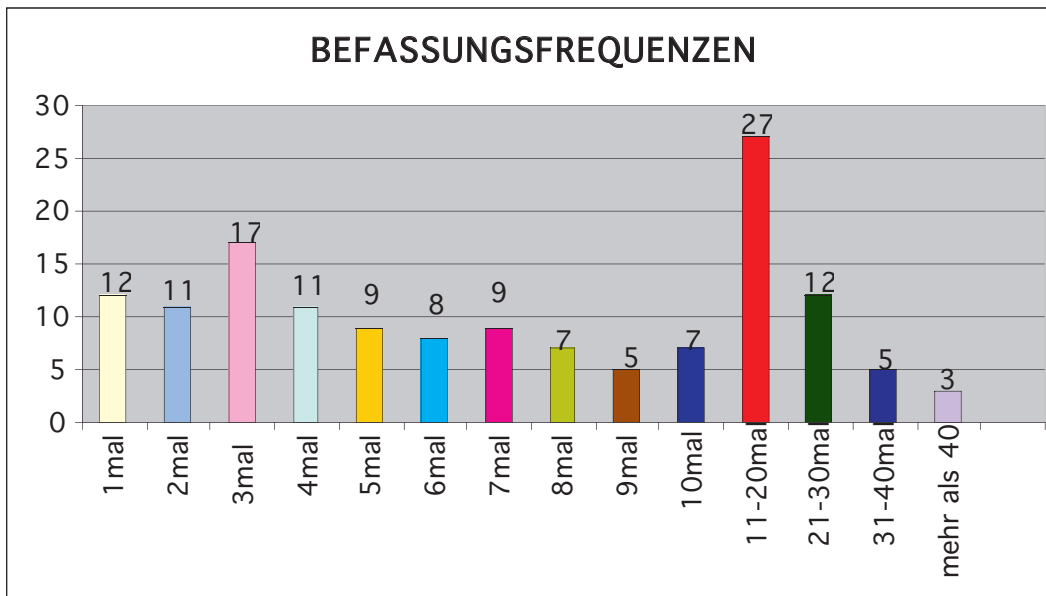
Kommentar:

Überweisende Einrichtungen bzw. Stellen sind jene, die KlientInnen auf Grund eines bestimmten, von ihnen wahrgenommenen Sachverhalts mit einem spezifischen Auftrag bzw. Anliegen zu uns verweisen. Es kann sein, dass dann der Beratungs- bzw. Behandlungsverlauf ganz selbstständig verläuft. Eine Rückmeldung obliegt dann ausschließlich dem jeweiligen Klientensystem. Manchmal kommt es auch vor, dass eine Fachkollegin aus der überweisenden Einrichtung gering motivierte Klienten zu uns begleitet, häufiger jedoch erfolgt so eine Überweisung telefonisch. Wir schätzen das sehr, da es sehr zur Klärung der Fragestellung beitragen kann und uns die Möglichkeit gibt, auf die spezifische Motivationslage der KlientInnen besser einzugehen.

Die meisten KlientInnen fallen bei uns in die Kategorie der SelbstmelderInnen, was eine hohe Motivation und schon den halben Erfolg für die Arbeit bedeutet. Dennoch sei erwähnt, dass auch hinter den SelbstmelderInnen sehr oft eine entsprechende Empfehlung einer der oben angeführten Einrichtungen steht, aber wie bereits erläutert, haben die KlientInnen aus eigenem Antrieb Kontakt aufgenommen. Als ÜberweiserInnen wurden daher nur jene Stellen erfasst, die auch mit uns zum Zwecke der Überweisung Kontakt aufgenommen haben.

Hier steht das Referat für Jugend und Familie an erster Stelle, was in der Kinderschutzarbeit nicht näher zu erläutern ist. Der Rest verteilt sich ohne signifikante Abweichungen auf andere psychosoziale Einrichtungen.

Befassungsfrequenzen pro KlientIn



Gesamtanzahl der KlientInnenkontakte 2009: 1506

Kommentar:

Wir haben in Reflexion der Arbeit des letzten Jahres diesmal telefonische Beratungskontakte in die Befassungsfrequenz aufgenommen, weil sie auch eigenständige und wichtige Beratungssequenzen sind. Allerdings nur dann, wenn es um eigenständige oder die Beratung ergänzende inhaltliche Gespräche ging, die zu diesem Zeitpunkt relevant für den weiteren inhaltlichen (nicht organisatorischen!) Beratungsverlauf waren. In dieser Grafik nicht erfasst sind ausschließliche telefonische Beratungskontakte (siehe Seite 21), also solche, die nie im KISZ waren. Es gibt Fallverläufe, die gänzlich ohne telefonische Beratungskontakte auskommen und solche, die nur phasenweise (meist zu Beginn oder in einer Krise vgl. Seite 4f) vermehrte telefonische „Beziehungsarbeit“ brauchen. Da wir auch diese Arbeit dokumentieren wollen, haben wir sie statistisch erfasst, als Telefonkontakt sind sie allerdings nur in der jeweiligen qualitativen Dokumentation ausgewiesen. Das wollen wir im nächsten Jahr auch für statistische Dokumentation differenzieren.

Vorstellungsgründe bzw. Art des Problems bei Kontaktaufnahme

Gesamt: 163 Nennungen > 145

Kategorie	Anzahl
Informationsgespräch	3
Allgemeine Beratung (unspezif. Verdacht auf Kindeswohlgefährdung)	8
Scheidung und Trennung, akut (vor, während und danach)	9
Scheidung und Trennungsfolgen	9
Erziehungsberatung	13
Unspezifische Überforderungssymptomatik bei Eltern	7
Familienkrise	7
Familiäre/elterliche Risikokonstellationen	Summe 56
Verhaltensauffälligkeiten: externalisierendes Verhalten	15
Verhaltensauffälligkeiten: internalisierendes Verhalten	11
Verhaltensauffälligkeiten: externalisierendes und internalisierendes Verhalten	14
(Verhaltens-) Auffälligkeiten in der Schule	9
Jugenddelinquenz ohne Anzeige	3
Jugenddelinquenz mit Anzeige	2
Kindbezogene Symptomschilderungen	Summe 54
Therapieempfehlung nach diagnostischer Abklärung	Summe 10
Suizidäußerungen	1
Verlust einer nahen Bezugsperson	4
Verdacht auf Kindeswohlgefährdung	11
Körperliche Gewalt als Anlass	2
Sexuelle Gewalt, aufgedeckt oder konkreter Verdacht	6
Psychische Gewalt als Anlass	4
Kinderschutzrelevante Fragestellung – Institutionen	4
Kinderschutzrelevante Fragestellung – Familie	3
Verwahrlosung bzw. Abhauen/Vagieren	2
Psychische Erkrankungen der Eltern	1
Kinderschutzrelevante Fragestellungen bzw. Situationsschilderungen	Summe 38
Sonstige	5

Kommentar:

Hier sind jene Anliegen und Fragestellungen kategorisiert, mit denen sich Familien bzw. bereits mit diesen befassten Institutionen (gemeinsam mit den Familien) an uns wenden, wobei pro Fall zwei Nennungen möglich waren (daher Mehrfachnennungen). In Anlehnung an die gängige Ampelmetapher haben wir farblich den Grad der Kinderschutzgefährdung signalisiert.

Gelb gekennzeichnete Kategorien wären demnach als kinderschutzrelevante Risikokonstellation zu betrachten bzw. als Indikationen für sekundärpräventive Interventionen. Dabei geht es darum, Interventionsangebote zu finden, welche helfen, mittel- und langfristig die psychische Gesundheit von Kindern zu erhalten oder wieder herzustellen, indem psychosozialen Belastungen entschärft werden. Das war 56mal der Fall – wir bezeichnen diese Vorstellungsgründe als familiär bedingte Risikokonstellationen.

Orange gekennzeichnet haben wir jene Kategorien von Vorstellungsgründen, die bereits symptomrelevante Schilderungen kindlicher/jugendlicher Verhaltensauffälligkeiten enthielten, die bereits Reaktionen auf psychosoziale Risikokonstellationen darstellen. Diese Risikokonstellationen ließen sich dann auch meist in einer Ersterhebung erfassen. Dies war 64mal der Fall – wir sprechen hier von kindbezogenen Symptomschilderungen in der Ausgangssituation der Inanspruchnahme von Hilfe.

Die **rot** gekennzeichneten Kategorien von Vorstellungsgründen lassen schon bei der Anmeldung/Erstvorstellung auf Ausgangssituationen schließen, die als erheblicher Verdacht, mitunter aber bereits auf ausgewiesene Kindeswohlgefährdungen schließen lassen, welche allenfalls aber auch erst abzuklären sind. Das war immerhin 38mal der Fall, also in gut ein Viertel der Fälle (26,2%)!

Zusammenfassend lässt sich bezüglich der Anlässe zur Kontaktaufnahme mit dem KISZ sagen, dass dieses auf den Ebenen der Sekundär- und Tertiärprävention aufgesucht wird. Es entspricht dem Konzept des KISZ Behandlung und Therapie für Kinder und Jugendliche anzubieten, deren psychische Entwicklung durch unangemessene Umwelt- und Beziehungserfahrungen bereits beeinträchtigt ist bzw. solche Entwicklungen aufgrund von Risikokonstellationen früh zu erkennen und entsprechend gegenzusteuern. Es kann daher auf Grund der erfassten Vorstellungsgründe festgehalten werden, dass sich KlientInnen zielsicher an das KISZ wenden. Demgegenüber kann festgehalten werden, dass nur zwei Personen (siehe Seite 21) an andere Einrichtungen weiter verwiesen werden mussten.

Problemeinschätzung der Fachkraft bzw. der Fachkräfte im Behandlungsverlauf

Gesamt: 187 Nennungen > 145

Kategorie	Anzahl
Scheidungsfolgen	25
Andauernde, wiederholte Erziehungskonflikte zwischen Eltern(teilen) und Kindern oder auch innerhalb des Familiensystems	19
Unangemessenes Erziehverhalten	17
Familienkrisen – Pubertätskrise	11
Belastung der Kinder durch Ehekrise	6
Anpassungsprobleme bei veränderten Lebensumständen	8
Risikokonstellationen familiärer Art Summe	86
Ängste/Rückzugssymptomatik	7
Trennungsangst	4
Aggressives, dissoziales Verhalten	1
Psychosomatische Beschwerden	9
Kindbezogene Symptomatiken auf Grund familiärer Risikokonstellationen Summe	21
Entwicklungsstrauma (traumatisiert durch den erlebten Umgang der primären Bezugsperson)	13
Elternteil mit einer psychischen Erkrankung	11
Erleben familiärer/ehelicher Gewalt	10
Verlust, Abwesenheit einer nahen Bezugsperson	9
Wiederholte seelische Gewalt	8
Vernachlässigung, unzureichende Pflege	7
Andere traumatische Erlebnisse (Mono- oder Multitrauma)	6
Sexuelle Übergriffe unter Kindern	4
Einmaliger sexueller Missbrauch	2
Akute Kindeswohlgefährdung	2
Wiederholter, sexueller Missbrauch außerhalb der Familie	1
Einmalige sexuelle Belästigung	1
Ausgewiesene Gewalterlebnisse Summe	74
Probleme im Kontext mit Fremdunterbringung	4
Sonstige	2

Kommentar:

Nicht immer ist der zu Beginn einer Konsultation genannte Vorstellungsgrund der Kern des Problems. Beratung ist ein dialogischer Prozess, in dessen Verlauf Hintergründe und Einflussfaktoren erarbeitet werden. Und auch in einem Therapieprozess kristallisieren sich erst im Verlauf wesentliche Faktoren der Genese von Leidenszuständen heraus. Neben dem jeweiligen Vorstellungsgrund (siehe Seite 17) wird daher im Verlauf der Konsultation eine Klassifizierung der so genannten Leitproblematik im Beratungs- bzw. Behandlungsverlauf durch die mit dem Fall befasste Fachkraft oder das Team erhoben. Auch hier waren Zweifachnennungen möglich, was 42mal der Fall war. Die Mehrfachnennungen zielen darauf ab, die Mehrdimensionalität und Komplexität der vorgestellten Problematiken zu erfassen. Auch hier haben wir in Anlehnung an die farbliche Ampelmetapher die bereits kategorisierten Leitproblematiken nach Risikostufen aus der Sicht des Kinderschutzes weiter geclustert. Demgemäß gab es 86 Nennungen von Risikokonstellationen, darunter am häufigsten Scheidungsfolgen. Das bedeutet, dass eine erhebliche Anzahl von Kindern, für die im KISZ Hilfe gesucht wurde, durch andauernde Konflikte (bspw. im Zusammenhang mit Besuchskontakten) auch nach einer Trennung oder Scheidung weiterhin belastet sind. Insgesamt zeigt diese erste gelbe Stufe, ein hoch belastetes familiäres Klima als Risikokonstellation für Kinder und Jugendliche. Sollte es hier nicht gelingen durch Beratungskonzepte einen anderen Umgang innerhalb des Familiensystems zu etablieren, steigt die Wahrscheinlichkeit einer Eskalation, welche dann häufig auch mit allen bekannten Formen von Gewalt einhergeht (das Kind im Paarkonflikt benutzen, aggressive Zurückweisung, Überfürsorge, Erpressen – bis hin zur Tötlichkeit ...).

21 Nennungen beziehen sich auf klinisch diagnostizierte Symptomatiken, das heißt, es konnten hier in Anlehnung an gängige Diagnoseschemata aus dem Kinder- und Jugendbereich bereits zusätzlich zu den oben genannten Risikokonstellationen krankheitswertige psychische Störungen festgestellt werden.

74 Nennungen also in ca. der Hälfte der Fälle gab es im „roten Bereich“. Kinder und Jugendliche mit diesen Nennungen haben ausgewiesene, meist chronische Gewalterlebnisse hinter sich. Der Begriff des Entwicklungstraumas umfasst jene Vielfalt frühkindlicher Störungen, die im Kontext des Beziehungsangebots ihrer ersten Bezugspersonen entstanden sind. Das bedeutet, dass diejenigen, die für den Schutz der Kinder verantwortlich sind, also zunächst meist die Eltern, die Kinder schwer geschädigt haben durch die Art und Weise, wie sie mit ihnen umgegangen sind. Die sexuelle, körperliche oder psychische Gewalt oder die Vernachlässigung wurden zwar beendet (meist behördlich) und sind daher als solche (vgl. nachstehende Kategorien) nicht mehr eigens erfasst worden. Sehr oft sind diese Kinder fremd untergebracht worden.

Zusatzkategorien: Krisenintervention und Beratung ohne vorherige Anmeldung

Krisenintervention (kurzfristige Termine auf Grund einer akuten Belastungssituation)	14
Persönliche Beratung ohne vorherige Anmeldung	5

Weitere statistische Daten zur Angebotspalette

Ausschließlich telefonische Beratungen	22
Intervisionen: persönlicher Kontakt	12
Weiterverwiesen	2

Telefonische Beratungen werden hier extra erfasst, wenn es sich um ein Gespräch mit einem klar umrissenen Beratungsanliegen des/der AnruferIn handelt, und der Kontakt betreffend das aktuelle Thema ausschließlich über das Telefon erfolgte.

Intervisionen sind Beratungsgespräche mit anderen ProfessionistInnen, die sich an uns gewandt haben, um Expertinnenmeinungen bzgl. eigener Fallarbeit einzuholen. Beratungsgespräche mit PädagogInnen fallen ebenso in diese Kategorie, wenn wir das betreffende Kind oder den Jugendlichen nicht kennen.

Wenn wir kontaktiert werden, aber nicht die richtige Anlaufstelle für das betreffende Anliegen sind, **verweisen wir an andere Einrichtungen weiter**. Auch hier nehmen wir uns die Zeit für ein persönliches Gespräch, um einerseits krisenhafte Befindlichkeiten abzufangen und zum anderen treffsichere Empfehlungen abgeben zu können, die im Zweifel mit der in Frage kommenden Einrichtung gegengecheckt werden.

Daten zur Qualitätsentwicklung

Qualitätssichernde und -entwickelnde Maßnahmen sind integraler Bestandteil des DELFI-Konzepts und werden teils regelmäßig institutionalisiert (Supervisionen und Teambesprechungen) teils nach Bedarf und Kapazität (Fortbildungen und Intervisionen) durchgeführt.

- 69 Fortbildungstage mit 324 Unterrichtseinheiten, davon 112 Stunden während der Dienstzeit
- 28 Stunden Supervision, davon 19 im Team und 9 in Einzelsupervision
- 29 Teambesprechungen – in der Regel wöchentlich à 2 Stunden (insgesamt 58 Stunden)

Öffentlichkeitsarbeit erfolgte auf mehreren Ebenen:

Öffentlichkeitsarbeit im DELFI WOLFSBERG

<i>Veranstaltungen/Angebote</i>	<i>Anzahl der teilnehmenden Personen</i>
1-Jahres-Feier DELFI WOLFSBERG	20
Schulklassen vor Ort: Führungen durch unsere Institution	45
Besuch des DELFI WOLFSBERG von den OrtsgruppenleiterInnen der Kinderfreunde des Lavanttal	11
Begleitung der Diplomarbeit einer HLW-Schülerin über das DELFI WOLFSBERG	1

Kooperation

<i>Veranstaltungen/Angebote</i>	<i>Anzahl der teilnehmenden Personen</i>
Strategische Kooperationsgespräche	13

Zielgruppenspezifische Präventionsprojekte/Vorträge

<i>Veranstaltungen/Angebote</i>	<i>Anzahl der teilnehmenden Personen</i>
Präventionsprojekt in der Fachschule für Sozialberufe St. Andrä mit Beratungsmöglichkeit vor Ort	24
HLW-Projekt (Vorstellung KISZ mit anschließenden Gewaltpräventionsworkshops)	25
Mentoring für B.A.S.E. Babywatching im Kindergarten KEKEC in Völkermarkt (5 Termine) – ein Gewaltpräventionsprogramm zur Förderung der Empathiefähigkeit bei Kindern	36
Elternabend in der Volksschule St. Andrä zum Thema „Kinder- und Elternrechte – ein Widerspruch?“	25
Elternbildungsreihe in Kooperation mit den Kärntner Kinderfreunden und dem BM für Wirtschaft, Familie und Jugend	
Familie zwischen Ideal und Wirklichkeit Dr. Karin Kaiser-Rottensteiner, Psychologin und Pädagogin	7
Tipps und Tricks, damit der Alltag mit Kleinkindern gut gelingt Renate Piuk, Sonderkindergartenpädagogin	10
Hilfe! Werden unsere Jugendlichen kriminell? Bezirkspolizeikommandant Mag. Peter Hauser	20
„Wir können unsere Kinder nicht erziehen, sie machen uns eh alles nach“ (Karl Valentin) – Die Zusammenarbeit zwischen Elternhaus und Schule aus der Sicht eines Beratungslehrers MMag. Peter Gurmann, Klin. Psychologe und Pädagoge	10

Bei der **1-Jahres-Feier DELFI WOLFSBERG** wurden vorwiegend Schlüsselpersonen der Politik und Soziallandschaft Wolfsbergs und des Landes Kärntens eingeladen. Anfangs erfolgte eine Darstellung der Schwerpunkte der 1-jährigen Tätigkeit des KISZ DELFI WOLFSBERG durch das multiprofessionelle Team. Im Anschluss bestand ausreichend Möglichkeit für den persönlichen Austausch mit dem interessierten Publikum.



V.l.n.r.: Kriminalinspektor M. Nössler, LR Ch. Ragger, Mag.^a (FH) S. Waich, Dr.ⁱⁿ A. Lassenberger, Mag.^a Michaela Okorn

Schulklassen sind herzlich willkommen. Sie erhalten vor Ort Informationen über unsere Angebote, genauso wie die Kinder und Jugendlichen anhand von Beispielen unsere Arbeitsweisen und Arbeitsprinzipien kennen lernen.

STRATEGISCHE KOOPERATIONSGESPRÄCHE sind nicht fallbezogene Fachgespräche mit KooperationspartnerInnen, in denen einrichtungsspezifische Informationen ausgetauscht werden und die Modalitäten der Zusammenarbeit erarbeitet bzw. reflektiert werden.

Über **zielgruppenspezifische Präventionsprojekte bzw. Vorträge** konnten 97 Personen über die Tätigkeitsfelder des KISZ DELFI WOLFSBERG aufgeklärt und für die unterschiedlichen Belange des Kinderschutzes sensibilisiert werden.

Berichterstattung in den Medien erfolgte anlässlich der Elternbildungsreihe im Sommer 2009 und in Bezug auf das einjährige Bestehen des KISZ DELFI WOLFSBERG.



„Therapie – bitte nicht stören!“

Ein Beitrag von Mag.ª Michaela Okorn

Erster Fall:

Eine Mutter am Telefon: Die Tochter, A., 14 Jahre alt, hätte schon mehrere Suizidversuche hinter sich, war schon in stationären und ambulanten Behandlungen, A. würde immer nur weiter geschickt werden, nichts geschehe, die verschriebenen Tabletten hätte sie wieder abgesetzt, weil sie sie nicht vertrug, A. sei von ihrem Großvater missbraucht worden, irgend-etwas müsse geschehen, sie weiß nicht wie sie der Tochter helfen kann, sie hätte nie Befunde gesehen, ja, sie hätte zum Teil gesehen, dass der Großvater die Tochter sehr „lieb hat“, wie er es ihr versicherte und sich schon gefragt, ob das noch okay sei, diese Art des Körperkontakts, sei schon sehr eng gewesen, dann, später einmal hätte sie gesehen, dass er A. auch zwischen den Beinen berührte und hätte ihn darauf hin heimgeschickt, aber so schlimm sei es nun auch nicht gewesen, die Tochter müsse es endlich verdrängen, sie selbst sei auch als Kind missbraucht worden, mehrere Male und hätte es verdrängt, ja, manchmal drängen sich die Erinnerungen schon noch herein, in den Alltag, plötzlich seien sie da, sie unterstütze die Tochter dabei, dass sie einen Freund findet, denn wenn der sie erst mal küsst, dann wird sie das Erlebnis schon vergessen, sie verstehe es ohnehin nicht, warum A. das alles so sehr belastet, manchmal denke sie schon die Tochter will sie ärgern, sie wisse echt nicht mehr wie sie ihr helfen soll, und die anderen wissen es auch nicht, denn sie wird immer weitergeschickt und will nun schon selbst nirgendwo mehr hin, ihr neuer Lebensgefährte verstehe das ganze Trara, das die Tochter und die ganzen Ärzte und Psychologen machen auch nicht, er schimpft und regt sich auch immer wieder bei denen auf ...

Während des gesamten Gesprächs brüllt ein Baby im Hintergrund.

Zweiter Fall:

Eine Mutter zu ihrem, in einer Ecke der Wohnung zusammenkauerten, achtjährigen Jungen, den sie kurz davor sehr heftig geschlagen hatte: „Du hast mir noch gefehlt! Du bist mein ganzes Unglück! Dich soll der Teufel holen! Du hast mein Leben zerstört! Du bist an allem Schuld! Du bist so ein Nichtsnutz wie Dein Vater!“ Sein Vater verunglückte, ein Suizid wird vermutet. Die Mutter steckte ihn in ein Erziehungsheim, wo er weiterhin traumatisiert wurde. Er schrieb später den Roman „Ein Kind“: Thomas Bernhard.

Dritter Fall:

Ein 15-jähriger Jugendlicher, der in einem Kriegsgebiet aufwuchs, wird zum wiederholten Mal von der Schule verwiesen. Er wirkt „unbesiegbar“.

Oft sind Kinder und Jugendliche, und deren Bezugspersonen am Ende ihrer Kräfte angelangt, wenn sie die Türe des Therapieraums öffnen. Kindergarten, Schule, Polizei, Gericht – alle strengt der Fall an. Hoffnungslosigkeit gepaart mit Vorwürfen macht sich breit. Der immense Leidensdruck des Kindes besteht meistens schon wesentlich länger. Reagiert wird oft erst, wenn dieses durch sein Verhalten so auffällig wird, dass es nicht mehr tragbar ist, nicht von den Eltern, nicht von der Schule, nicht von der Gesellschaft. Der Druck auf alle, die involviert sind, ist groß und der daraus resultierende Wunsch, die Probleme möglichst schnell los zu werden, auch. Wieder taucht eine „letzte“ Hoffnung auf, direkt hinter dieser Türe mit dem Schild: „Therapie – bitte nicht stören“.

Die Probleme sollen da zum Verschwinden gebracht werden, das Kind soll nicht mehr auffallen, „es soll mich nicht mehr ärgern“, „es soll mir nicht mehr weh tun“. Selten noch werden Symptome, wie zerstörerisches Verhalten als normale Reaktionen wahrgenommen, die durch nicht förderliche oder traumatisierende Interaktionen zwischen Kind und Eltern/Lehrer/Gesellschaft aktiviert werden. („Nicht die Kinder sind krank, sondern die Gesellschaft, die sie uns schickt“, „unsere Beratungsstellen sind zu einer Art Auffangbecken für die diffuse Aussichtslosigkeit geworden, die sich in der Gesellschaft ausbreitet“.)¹ Es können auch Interaktionen sein, die schon Jahre zurückliegen, aber nicht verarbeitet wurden. Oder es sind normale Symptome (z.B. ausgeprägter Narzissmus, Größenphantasien, als Stabilisierungsfunktion in der Pubertät) einer normalen Entwicklung, auch wenn diese „nerven“, „alle nerven“ und vielleicht auch „den Nerv der Zeit treffen“.

Oder es ist eine Mischung aus beiden.

Im ersten Fall würde es bedeuten, dass für eine erfolgreiche Kinder- und Jugendlichen-therapie psychodynamische Zusammenhänge verstanden und Umstrukturierungen möglich sein müssen – nicht nur intrapsychisch, sondern auch im Umfeld des Kindes. Unter bindungstheoretischer Perspektive werden die Probleme als in der Beziehung liegend angesehen, „und die Intervention zielt unmittelbar auf eine Veränderungen im Muster der Interaktionen und Beziehungen zwischen Elternpersonen (Bezugspersonen, Anm. M.O) und Kind und nicht auf die bloße Veränderung kindlichen Verhaltens“ ab, wie sie häufig durch Interventionen wie Verhaltensvereinbarungen, Time-out Zeiten etc., Strafen herbeigeführt werden soll.²

So können Therapien stagnieren, wenn die Bezugspersonen selbst unbewältigte Probleme oder Traumata haben und die Kinder unbewusst oder aufgrund falscher oder einseitiger Vorstellungen mit hineinziehen. Daher ist für eine Kindertherapie die Bereitschaft der Bezugspersonen, sich mit Hilfe der Therapeutin/des Therapeuten zumindest ansatzweise auch mit den eigenen Problemen und mit den Interaktionen zwischen ihnen und dem Kind auseinander zusetzen, von grundlegender Bedeutung. Dies wirkt sich unter Umständen signifikant auf den Erfolg der Therapie aus. Dabei werden eventuelle psychische Probleme der Erwachsenen immer nur in Hinblick auf das Kind behandelt. Erst darüber hinaus könnte es für sie und das Kind auch sinnvoll werden, mit einer Erwachsenentherapie zu beginnen. Es darf jedoch keine Konkurrenzsituation zwischen Therapie und dem Erziehungsstil zu Hause entstehen. Ein gutes Miteinander sollte daher gemeinsam erarbeitet werden. Ähnliches gilt für Schule oder andere Institutionen, die für das Kind Verantwortung übernehmen. Sie mögen nicht die Verursacher der grundlegenden Problematik sein, können diese aber durch ihr Verhalten aufrecht erhalten oder sogar fördern, wenn sie die Dynamik, in die sie involviert sind und auch ihrer Rolle bzw. ihren oft unbewussten Beitrag, nicht verstehen.

Weiters kann es vorkommen, dass Veränderungen durch die Therapie, als Bedrohung für bestehende Familien – und sonstige Systeme erlebt werden und dass diese daher boykottiert oder abgebrochen wird. Diese erlebte Bedrohung kann sehr heftig von Bezugspersonen im Therapieraum agiert werden, das heißt, es kann zu Beleidigungen und Unverschämtheiten gegen die Therapeutin/den Therapeuten kommen, die von dieser/diesem mit aller Deutlichkeit zurückgewiesen werden sollte, ebenso wie Attacken und Übergriffe gegen das Kind.

Im zweiten Fall, des „nervigen“ Symptoms, das für die Bewältigung einer normalen Entwicklungsaufgabe notwendig ist, erfordert es ein Verstehen der normalen Phasen der – lebenslangen! – psychischen Entwicklung und ein Schaffen von Bedingungen, die eine gesunde Entwicklung ermöglichen, das heißt, Kindern und Erwachsenen qualitativ hochwertige Zeiten und Räume für eigene und gemeinsame Entwicklung zu gewährleisten.

Unnötig zu sagen, dass das echte Prävention wäre.

Bevor die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie beginnt, werden einige Gespräche mit Bezugspersonen und dem Kind geführt, je nach Notwendigkeit getrennt oder gemeinsam, um festzustellen, ob eine Psychotherapie überhaupt indiziert ist, oder ob beispielsweise Sozialarbeit oder eine neurologische Untersuchung notwendig wäre. Außerdem dienen diese Gespräche dazu, sich kennen zu lernen und abzuklären, ob eine Zusammenarbeit möglich erscheint. Idealerweise sollten die Bezugspersonen und die Kinder die Möglichkeit haben, sich eine Therapeutin/einen Therapeuten zu suchen, mit der/dem sie „gut können“. Leider sieht die Realität so aus, dass es weder in freier Praxis, noch in Institutionen genügend Therapieplätze für Kinder und Jugendliche gibt, wodurch kaum Wahlmöglichkeiten bestehen.

Unnötig zu sagen, dass generell mehr Geld in Prävention und in Therapieplätze zu investieren ist.

Die Beziehungsgestaltung nimmt in der Therapie eine zentrale Stelle ein und benötigt Zeit und einen „ungestörten“ Raum. Die therapeutische Beziehung ist wesentlich durch die Haltung der Therapeutin/des Therapeuten geprägt. Diese sollte gekennzeichnet sein durch Wärme, bedingungslose (nicht grenzenlose) Akzeptanz, Rhythmus und Kontinuität der Zuwendung und durch ein positives Leitbild, das als Identifikationsmodell zur Verfügung steht.³ Sie soll es dem Kind ermöglichen eine sichere Bindung einzugehen und zu erleben.

In meiner Arbeit mit der Katathym Imaginativen Psychotherapie finden neben den Gesprächen mit dem Kind, auch Imaginationen, kreatives Gestalten und Spiel statt. Damit sollen mehrer Wege eröffnet werden, das Kind zu verstehen, seine psychischen Inhalte sich entfalten zu lassen und es in seinem Entwicklungsprozess zu unterstützen.

Nicht unerwähnt möchte ich Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund lassen. Sie sind nicht nur mit dem spezifischen Stress ihrer jeweiligen Lebensperiode belastet, sondern auch mit dem Migrationsstress (Kriegserlebnisse, Flucht etc.) und dem Akkulturationsstress (Konfrontation/Anpassung an eine neue Kultur, Sprachprobleme, ablehnende Haltung durch das Einreiseland etc.). Für die Arbeit mit diesen KlientInnen und ihren Bezugspersonen ist es sehr sinnvoll ein grundlegendes interkulturelles Wissen, „grenzenlose“ Neugier und die Bereitschaft zu haben, sich mit dem Thema „Fremdheit“ auseinander zu setzen.

Das alles macht es für alle Beteiligten oft nicht einfach, Kinder und Jugendliche gut in ihr weiteres, möglichst eigenständiges, Leben zu begleiten, dem sie kompetent begegnen können – aber es lohnt sich!

LITERATUR:

- 1 Benasayag, Miguel, Schmidt, Gerard. (2007). Die verweigerte Zukunft. München: Kunstmann
- 2 Marvin, Bob. In: Wege zu sicheren Bindungen in Familie und Gesellschaft. (2009). Stuttgart: Klett Cotta
- 3 Horn et al. (1997). Katathymes Bilderleben mit Kindern und Jugendlichen. München: Reinhardt



Wir freuen uns über Ihr Feedback!

Bitte FAXEN | SENDEN | MAILEN | VORBEIBRINGEN | ANRUFEN!



Was hat Ihnen am Jahresbericht (am besten) gefallen?



Was hat Ihnen nicht gefallen?



Was hat Sie überrascht?



Was hat Sie gelangweilt?

Wieviele Punkte +  oder -  würden Sie ihm geben?



Was möchten Sie uns sonst noch sagen?





Roßmarkt 3 | 9400 Wolfsberg

Telefon 0 43 52/30 4 37

e-mail:

beratung@kisz-wolfsberg.at

www.kisz-wolfsberg.at

Öffnungszeiten:

Montag, Mittwoch und Freitag

9.00 bis 12.00 Uhr

Dienstag und Donnerstag

13.00 bis 17.00 Uhr