

Herausgeberin:  
Stiftung zum Wohl  
des Pflegekindes



---

# 1. Jahrbuch des Pflegekinderwesens

---

Schwerpunktthema:  
Traumatisierte Kinder



Stiftung zum Wohl des Pflegekindes (Hrsg.):

**1. Jahrbuch des Pflegekinderwesens**

Schwerpunktthema: Traumatisierte Kinder

Stiftung zum Wohl des Pflegekindes (Hrsg.)

# 1. Jahrbuch des Pflegekinderwesens

Schwerpunktthema: Traumatisierte Kinder



Schulz-  
Kirchner  
Verlag

## **Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek**

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

6., unveränd. Auflage 2015

5., unveränd. Auflage 2008

4., überarb. Auflage 2006

3., unveränd. Auflage 2002

2., überarb. Auflage 2001

1., Auflage 1998

ISBN 978-3-8248-0390-3

e-ISBN: 978-3-8248-0703-1

Alle Rechte vorbehalten

© Schulz-Kirchner Verlag GmbH, 2015

Mollweg 2, D-65510 Idstein,

Vertretungsberechtigte Geschäftsführer:

Dr. Ullrich Schulz-Kirchner, Nicole Haberkamm

Druck und Bindung: TZ Verlag & Print GmbH, Bruchwiesenweg 19, 64380 Roßdorf

Printed in Germany

Die Informationen in diesem Buch sind von den VerfasserInnen und dem Verlag sorgfältig erwogen und geprüft, dennoch kann eine Garantie nicht übernommen werden. Eine Haftung der VerfasserInnen bzw. des Verlages und seiner Beauftragten für Personen-, Sach- und Vermögensschäden ist ausgeschlossen.

Besuchen Sie uns im Internet: [www.schulz-kirchner.de](http://www.schulz-kirchner.de)



Der Herausgeber

## **Die Stiftung zum Wohl des Pflegekindes**

Die Verbesserung der Lebenssituation von Pflegekindern ist das Ziel der Stiftung zum Wohl des Pflegekindes. 1992 wurde sie in Holzminden gegründet. Gründer und Vorstände der Stiftung sind Frau Inge und Herr Dr. Ulrich Stiebel, Holzminden. Die Entwicklung und Sozialisation der Kinder, die ihre Ursprungsfamilie verlassen müssen, ist nicht selbstverständlich gesichert. Sie können einen Neuanfang in Pflegefamilien finden. Die Stiftung möchte mit ihrer Arbeit das öffentliche Interesse für Pflegekinder und ihre besondere Situation wecken.

### **Die Stiftung hat sich folgende Schwerpunkte gesetzt:**

- Fortbildung und Erfahrungsaustausch aller am Pflegekinderwesen Beteiligten
- Förderung von Projekten, Forschung und Praxis, u.a. auch durch den Förderpreis der Stiftung
- Vermittlung der spezifischen Situation von Pflegekindern in Öffentlichkeit und Politik, durch Publikationen und Tagungen

Ansprechen will die Stiftung alle, die in ihrem (Berufs-)Alltag mit dem Pflegekinderwesen befasst sind: Pflegeeltern, Jugendämter und Verbände, Berater und Therapeuten, Justiz und Wissenschaft sowie Politik und Medien.

Dabei wird die Stiftung von Fachleuten aus unterschiedlichsten Disziplinen aus dem gesamten Bundesgebiet gestützt.

### **Aktuelle Mitglieder des Kuratoriums:**

RAin Ingeborg Eisele  
Prof. August Huber  
Stefan Ottmann  
Prof. Dr. Christine Köckeritz  
Prof. Dr. Barbara Veit  
Vorsitzende:  
Prof. Dr. Maud Zitelmann

### **Geschäftsführer:**

Michael Greiwe  
Stiftung-Pflegekind@gmx.de

### **Verwaltung:**

Renate Braß-Tarrach  
Stiftung-Pflegekind@t-online.de

### **Vorstand:**

Inge und Dr. Ulrich Stiebel  
Vorsitzender:  
Prof. Dr. jur. Ludwig Salgo

### **Anschrift:**

Stiftung zum Wohl des Pflegekindes  
Lupinenweg 33  
37603 Holzminden  
Telefon: 05531 5155  
Telefax: 05531 6783

Auf unserer Homepage [www.stiftung-pflegekind.de](http://www.stiftung-pflegekind.de) finden Sie unsere Leitsätze, die aktuellen Seminaarschreibungen und Publikationen.



# Inhalt

<b>Vorwort</b>	<b>13</b>
<b>I Traumatisierte Kinder</b>	
<i>Anne Lehmann</i>	
<b>Die Erinnerung an meine Kindheit verfolgt mich noch immer ...</b>	<b>16</b>
<i>Jörg M. Fegert</i>	
<b>Die Auswirkungen traumatischer Erfahrungen in der Vorgeschichte von Pflegekindern</b>	<b>20</b>
1 Einleitung	20
2 Auswirkungen früher Belastungen	21
3 Einige Ergebnisse aus unserer Inanspruchnahmepopulation	24
4 Möglichkeiten und Grenzen	28
5 Schluss	30
Literatur	30
<i>Arnim Westermann</i>	
<b>Zur psychologischen Diagnostik der Kindesmisshandlung: Über die Todesangst des misshandelten Kindes</b>	<b>32</b>
1 Wie man einen Zugang zur inneren Welt des Kindes gewinnt	33
1.1 Wie ein misshandeltes Kind sich in der Welt erlebt	35
1.2 Definition Kindesmisshandlung	36
1.3 In die böse Welt des Kindes gehen	40
2 Die Pippi-Longstrumpf-Fantasie: Das Kind, das kein Kind mehr sein will	41
2.1 Der Sceno-Test	42
2.2 Umkehrreaktion, Pseudoautonomie	43
3 Das Kind im Klo: Das Gefühl, ein Scheißkind zu sein	46
3.1 Der TAT und CAT	47
3.2 Das Kind im Klo, CAT 10	47
Literatur	51
<i>Monika Nienstedt</i>	
<b>Zur Verarbeitung traumatischer Erfahrungen: Einführendes Verstehen im Umgang mit Anpassung, Übertragung und Regression</b>	<b>52</b>
1 Traumatische Erfahrungen und kindliches Verhalten – ein Fallbeispiel	52
2 Anpassung, Übertragung und Regression im Integrationsprozess	57
2.1 Anpassung und Annahme	57

2.2 Die Wiederholung traumatischer Erfahrungen in der Übertragungs- beziehung	60
2.3 Regression	63
Literatur	65

### ***Hermann Scheuerer-Englisch***

#### **Auswirkungen traumatischer Erfahrungen auf das Bindungs- und Beziehungsverhalten** **66**

1 Einleitung	66
2 Traumatische Erfahrungen bei Kindern – Definition und allgemeine Befunde	67
2.1 Zwei Beispiele	68
3 Allgemeine Folgen traumatischer Erfahrungen	69
4 Ergebnisse der Bindungsforschung und Folgen traumatischer Erfahrungen für das Bindungs- und Beziehungsverhalten von Kindern: Unsicherheit, Misstrauen und Desorganisation	71
5 Folgen traumatischer Erfahrungen und Desorganisation der Bindung jenseits des Kleinkindalters: Kontrollstrategien, Rollenumkehr und aggressiv-externalisierende Verhaltensweisen	76
6 Anmerkungen zum Umgang mit traumatisierten Kindern im Rahmen der Pflegebeziehung und Jugendhilfe	80
Literatur	82

### ***Ludwig Janus***

#### **Auswirkungen pränataler Traumata** **85**

1 Einleitung	85
2 Auswirkungen von vorgeburtlichem Stress	86
3 Auswirkungen von pränatalen Belastungen auf die Wahrnehmung	87
4 Auswirkungen im Verhalten	88
5 Auswirkungen auf die innere Bilderwelt	88
6 Zum Umgang mit den Auswirkungen von belastenden Früh- erfahrungen	89
7 Abschließende Bemerkungen	89
Literatur	90

### ***Hermann Löser***

#### **Kinder alkoholtrinkender Mütter – Folgen, Pflege und Erfahrungen zur Hilfe** **91**

1 Einleitung	91
2 Auswirkungen	92
2.1 Welche körperlichen Schäden sind bedeutsam?	92
2.2 Welche geistigen Schäden treten auf?	93
2.3 Gibt es bestimmte Verhaltens- und Wesenseigenheiten?	95
2.4 Überaktivität und Verhaltensstörungen	96

3	Wo wächst ein alkoholgeschädigtes Kind am besten auf?	97
4	Hilfe bei Lernstörungen und Hirnleistungsschwächen	100
5	In welche Schule gehört ein Kind mit Alkoholschäden?	101
6	Zum Risiko der Suchtentwicklung	103
7	Schlussbemerkung	105
	Literatur	105

***Annette Tenhumberg / Maria Michelbrink***

	<b>Vermittlung traumatisierter Kinder in Pflegefamilien</b>	<b>106</b>
1	Einleitung	106
2	Bindung – ein Naturbedürfnis des Kindes	106
3	Vermittlung traumatisierter Kinder in Pflegefamilien kann nur Vermittlung in Dauerpflege bedeuten	107
4	Die Funktion des Heimes vor Vermittlung traumatisierter Kinder	108
5	Abklärung der rechtlichen Situation	110
6	Qualifizierung und Auswahl der Pflegeeltern	110
7	Kontaktanbahnung	111
8	Die Ablösung von der Ursprungsfamilie als Notwendigkeit für den Aufbau neuer Eltern-Kind-Beziehungen	114
9	Der Integrationsprozess	116
9.1	Anpassungsphase	116
9.2	Die Wiederholung früherer Beziehungsformen in der Über- tragungsbeziehung	117
9.3	Phase des Aufbaus neuer persönlicher Beziehungen über regres- sive Bedürfnisse, Beziehungsformen und Verhaltensweisen	118
10	Forderung nach ausschließlicher Betreuung des Kindes durch die Pflegeeltern	120
11	Einhaltung der „biologischen Reihenfolge“ in der Geschwisterreihe	120
12	Trennung von traumatisierten Geschwisterkindern	121
13	Identitätsfindung des Pflegekindes	121
14	Die Aufarbeitung der Trennung mit den leiblichen Eltern	122
15	Schlussbemerkungen	123
	Literatur	124

***Heinzjürgen Ertmer***

	<b>Begleitung und Beratung traumatisierter Pflegekinder oder ein Plädoyer für die rückhaltlose Annahme von vernachlässigten, missbrauchten und misshandelten Kindern in Ersatzfamilien</b>	<b>125</b>
1	Vorbemerkungen	125
2	Abgrenzung des Themas	126
3	Über die Unfähigkeit zu vergessen	127
4	Besuchskontakte als Hindernisse auf dem Weg zur Integration	128
5	Die kindlichen Bedürfnisse formulieren den Umgang des Kindes mit den Herkunftseltern	132

6	Das Verstehen der kindlichen Bedürfnisse im Kontext zur Lebensgeschichte ihrer Eltern	133
7	Vermittlung und Begleitung traumatisierter Kinder am Beispiel der Herbstkinder 1993	135
7.1	Daniel	135
7.2	Julia	138
7.3	Andreas	141
8	Ein Plädoyer für die rückhaltlose Annahme von Kindern	143
9	Schlussbemerkungen	144
	Literatur	145

*Elisabeth Garbe-Lehmann*

	<b>Aus traumatisierten Kindern werden irgendwann einmal Erwachsene ...! – Leben mit traumatisierten Kindern –</b>	<b>146</b>
--	---	------------

*Wolfgang Raack*

	<b>Interdisziplinäre Zusammenarbeit bei Vernachlässigung, Misshandlung und Missbrauch von Kindern</b>	<b>172</b>
	Literatur und Anhang	177

*Stefan Heilmann / Ludwig Salgo*

	<b>Der Kinderschutz im deutschen Recht</b>	<b>179</b>
1	Einleitung	179
2	Verfassungsrechtliche Anforderungen an den Kinderschutz	180
2.1	Elternrecht und Kindeswohl	181
2.2	Das staatliche Wächteramt (Art. 6 Abs. 2 Satz 2 GG)	183
3	Der Kinderschutz im Bürgerlichen Gesetzbuch	184
3.1	Maßnahmen des Familiengerichts bei Gefährdung des Kindeswohls (§§ 1666, 1666a BGB)	185
3.2	Vom langsamen Sterben des elterlichen Züchtigungsrechts	190
3.3	Jüngere Gesetzgebungsaktivitäten auf dem Gebiet des Zivilrechts – Das Gewaltschutzgesetz und das Kinderrechteverbesserungsgesetz	192
3.4	Das Verfahren des Familiengerichts	193
4	Hilfeleistung und/oder Intervention? – Das Spannungsfeld des Jugendhilferechts	196
5	Strafrechtliche Aspekte der Kindesmisshandlung	201
5.1	Der strafrechtliche Kinderschutz	201
5.2	Besonderheiten des Verfahrens nach der Strafprozessordnung	206
6	Ausblick	207

## **II Aktuelle Themen und Tendenzen im Pflegekinderwesen**

*Wolfgang Behr*

**Kinder in Bereitschaftspflege**

**– Einige Überlegungen und Ideen –**

**210**

*Jürgen Blandow*

**Pflegekinderarbeit in der Hand Freier Träger –**

**Chancen und Handikaps**

**216**

Literatur und Anmerkung

219

*Marion Damerius*

**Cinderella – „Pflegepersonen im Angestelltenverhältnis“**

**Ein internationales Modellprojekt im Bereich des Pflege-**

**kinderwesens unter Beteiligung Mecklenburg-Vorpommerns**

**220**

Literatur

225

*Barbara Heinemann-Milde*

**Gedanken zur Tendenz der Auflösung von Pflegekinderdiensten**

**und deren Zuordnung zum Allgemeinen Sozialen Dienst**

**226**

*Heide Küpper*

**PFAD Bundesverband der Pflege- und Adoptivfamilien e.V.**

**233**

*Gertrude Lercher*

**Familienbegleitende Pflegeplatzunterbringung (fPU)**

**Konzept und Erfahrungen aus der praktischen Arbeit**

**238**

*Arnim Westermann*

**Entwurf eines Kinderschutzgesetzes**

**244**

**AutorInnen**

**257**



# Vorwort

Liebe Leserin, lieber Leser,

Sie halten das 1. Jahrbuch des Pflegekinderwesens in Händen. Es ist der Auftakt einer von nun an regelmäßig erscheinenden Reihe, die sich thematisch der Arbeit mit Pflegekindern widmen wird.

Namhafte Fachleute, die in ihrem beruflichen Alltag mit der Lebenssituation von (Pflege-) Kindern befasst sind, haben uns ihr Wissen und ihre Erkenntnisse für dieses Buch zur Verfügung gestellt. Ohne dieses Engagement wäre diese Veröffentlichung nicht zustande gekommen.

## **Wir sagen allen AutorInnen unseren ausdrücklichen Dank!**

Das Jahrbuch ist in 2 Abschnitte gegliedert. Es setzt im 1. Kapitel den Schwerpunkt auf die Problematik traumatisierter Kinder. Dieses Thema ist für das Pflegekinderwesen besonders relevant, weil Dauerpflegekinder in der Regel Kinder sind, die in ihrer Vorgeschichte mehr oder weniger dramatischen traumatisierenden Situationen ausgesetzt waren. Die Erfahrung zeigt, dass allein die „Umplatzierung“ dieser Kinder aus der verletzenden Lebenssituation heraus in eine intakte, liebevolle Familie nicht die Lösung ihrer Probleme bewirkt. Sie brauchen nicht nur liebevolle Pflegepersonen, um zu gesunden, lebensfähigen Menschen heranwachsen zu können, sondern auch Erwachsene, die darüber hinaus ihre „schwierigen“ Verhaltensweisen verstehen, die um die Auswirkungen von Vernachlässigung, Misshandlung und sexuellem Missbrauch auf ihr (Er-)Leben und Verhalten wissen und Hilfemöglichkeiten für die Verarbeitung der gemachten Erfahrungen kennen.

Die Beiträge dieses 1. Kapitels zeigen Aspekte zu dem Thema der Traumatisierung auf, die sowohl psychologisch als auch sozialarbeiterisch, medizinisch und juristisch relevant sind. Die Besonderheiten der Vermittlung, Begleitung und Beratung traumatisierter Kinder in Pflegefamilien und die enormen Anforderungen an die aufnehmende Familie sind praxisnah dargestellt. Das Buch gibt allen am Pflegekinderwesen Beteiligten notwendiges Wissen an die Hand, traumatisierte Kinder besser zu verstehen und ihren besonderen Belangen angemessener begegnen zu können.

In Kapitel 2 nehmen 7 AutorInnen zu aktuellen Themen und Tendenzen im Pflegekinderwesen Stellung. Dort finden Sie in Kurzdarstellungen neue Konzepte und Überlegungen zu zeitgemäßer Arbeit mit Pflegekindern, die zur Diskussion, Revision und Innovation in der Praxis anregen wollen.

Der Bundesverband der Pflege- und Adoptiveltern e. V. stellt die vielfältigen Angebote seiner Arbeit und der ihm angeschlossenen Verbände vor.

An den Anfang dieses Jahrbuches haben wir den Beitrag einer erwachsenen Pflege- tochter gestellt. Sie schildert in eindrucksvoller und erschütternder Weise, was ein traumatisiertes Kind fühlt und wie es darauf angewiesen ist, dass Erwachsene „sich vom Kind an die Hand nehmen lassen“ (Nienstedt/Westermann), um weitere Traumatisierungen zu verhindern und die Verarbeitung des Erlebten zu ermöglichen.

Als Abschluss des Buches finden Sie den Entwurf eines unserer Meinung nach längst überfälligen Kinderschutzgesetzes. In vielen Beiträgen dieses Buches wird beklagt, dass Kinder oft viel zu lange traumatisierenden Erfahrungen ausgesetzt sind mit verheerenden Folgen für ihr Leben. Als ein wesentlicher Grund für diese Tatsache wird das als Eltern- und Familienhilfegesetz angelegte Kinder- und Jugendhilfegesetz gesehen, das der Situation des Kindes nicht genügend Rechnung trägt, sondern in erster Linie Hilfen für die Eltern anbietet.

Es wäre ein deutliches und wünschenswertes Zeichen, wenn der Gesetzgeber sich entschließen könnte, dem KJHG ein explizit auf die Belange von Kindern ausgerichtetes Kinderschutzgesetz zur Seite zu stellen.

*Inge Stiebel*  
*Ulrich Stiebel*

# **Teil I**

## **Traumatisierte Kinder**

## **Die Erinnerung an meine Kindheit verfolgt mich noch immer ...**

Mich wundert sehr, dass bis jetzt noch niemand auf die Idee gekommen ist, mich nach meinen schlimmen Erfahrungen, die ich im Laufe meiner Kindheit machte, zu befragen. Daher bin ich sehr dankbar, dass mich die Stiftung „Zum Wohl des Pflegekinde“ darum gebeten hat, einen Beitrag dazu zu schreiben. Vielleicht kann dieser Beitrag in der Zukunft dabei helfen, weitere Fehler in dieser Hinsicht zu vermeiden.

Im Alter von 3 Jahren kam ich in eine Pflegefamilie, in der ich die bisher glücklichste Zeit meines Lebens verbrachte und die mir später eine liebevolle Familie sein würde, was mich allerdings noch einen erheblichen und vor allem schrecklichen Umweg gekostet hat: Ich lebte zunächst für ein halbes Jahr bei meiner Oma in der Türkei, bis mich die leibliche Mutter wieder nach Deutschland zurückholte. Mit einem Jahr, an meinem ersten Geburtstag, erkrankte ich an der normalerweise harmlosen Kinderkrankheit Masern, an der ich schließlich erblindete. Von da an wurde ich von einem Krankenhaus in das nächste gereicht, bis ich schließlich für ein Jahr im Sanatorium landete, um mich von einer gerade überstandenen Tuberkuloseerkrankung zu erholen.

All diese Gegebenheiten habe ich aus den Erzählungen einer Krankenschwester des Sanatoriums, denn ich selbst habe an diese Zeit keinerlei Erinnerung. Wie mir diese Krankenschwester später einmal erzählte, sei die leibliche Mutter innerhalb der ganzen Zeit nur ein einziges Mal erschienen, um mich zu besuchen, wobei ich allerdings die ganze Zeit über furchtbar geschrien haben soll. Ansonsten, so die Krankenschwester, habe sich die leibliche Familie überhaupt nicht um mich gekümmert, obwohl sie doch die Krankenhausaufenthalte selbst verschuldet hatte.

Unter Umständen verhielt es sich so, dass meine leiblichen Eltern nicht die Möglichkeit hatten, mich angemessen zu betreuen, dass sie wohl auch zu wenig Ahnung von der Kindererziehung hatten, da sie mich in sehr jungen Jahren bekamen und ich überdies auch noch ihr erstes Kind war. Dennoch hätten sie wenigstens versuchen sollen, die Anweisungen zu befolgen, die ihnen der Arzt mitgab, nachdem ich an Masern erkrankt war. Ich wäre zumindest nicht blind geworden und hätte in mancherlei Hinsicht ein weitaus leichteres Leben, was nicht heißen soll, dass ich mit meinem Leben, wie es ist, nicht zufrieden wäre. Doch steht außer Frage, dass es ein Sehender in vielen Bereichen weitaus leichter hat als ein Blinder. Zudem sind Masern nicht unbedingt eine Krankheit, an der man erblinden muss. Auch wenn beide noch zu jung waren, hätten sie sich wenigstens bei jemandem erkundigen sollen, der selbst schon Kinder gehabt hat und sich von daher mit Kinderkrankheiten ausgekannt hätte. Ansonsten hätte auch die Möglichkeit bestanden, den Arzt häufiger aufzusuchen und um Rat zu fragen oder diesen zu bitten, meine Augen zu tropfen.

Nachdem ich aus dem Sanatorium entlassen wurde und ungefähr vier Wochen in der leiblichen Familie zugebracht hatte, erkrankte die leibliche Mutter an Tuberkulose. So gab sie mich, da das Kinderheim, in das meine leibliche Schwester kam, mich aufgrund meiner Blindheit nicht aufnahm, in die Familie, in der ich heute lebe. Wie gesagt, verbrachte ich dort eine glückliche Zeit und fühlte mich zum ersten Mal in meinem Leben wirklich sicher und geborgen. Dieses ging jedoch nur so lange, bis nach über einem Jahr plötzlich wieder die leibliche Mutter vor der Tür stand, die für mich eine völlig fremde Frau war und mich zurückhaben wollte. Das andere Kind, d.h. die leibliche Schwester, hatte sie schon zu sich geholt. Nun dachte sie aus irgendwelchen unerfindlichen Gründen auf einmal wieder daran, dass sie ja eigentlich noch ein zweites Kind hatte. Wieder begann ich, fürchterlich zu schreien, als ich nur ihre Stimme hörte. Daran war doch wohl hinreichend klar zu erkennen, dass ich nicht mehr zu ihr zurückwollte, sondern mich vollends in meiner Familie eingelebt hatte. Dennoch musste ich wieder zu dieser Familie zurück, da sie das Sorgerecht für mich besaß. So versuchte meine Mutter eine Anbahnung an diese fremde Frau durchzuführen, indem sie jeden Tag für einige Stunden mit mir dorthin fuhr. Schließlich kam ich mit ungefähr vier Jahren wieder in die leibliche Familie zurück und verbrachte dort die schlimmste Zeit meines Lebens, die mir noch immer deutlich in Erinnerung ist und für mich die Hölle auf Erden bedeutete.

Die leibliche Mutter versuchte zunächst noch, bei mir den Eindruck zu erhalten, meine Familie sei immer noch da. Sie setzte mich beispielsweise auf den Topf und wenn ich etwas gemacht hatte, rief sie erfreut: „Betty (das ist der Name der Pflegemutter), komm her und schau dir mal an, wie schön sie das gemacht hat.“ Die leibliche Mutter hat wohl gehofft, ich würde ihr glauben, da mich meine Familie hin und wieder besuchte. Da ich jedoch irgendwann merkte, dass meine Mutter nicht auf das Rufen hin kam, war mir schon bald klar, dass ich der leiblichen Familie für immer ausgeliefert sein würde und fühlte mich von da an vollkommen haltlos und verloren, worauf ich begann, wieder einzunässen. Dieses wurde stets mit Schlägen und Kniffen bestraft, die mit einer Dusche von abwechselnd heißem und kaltem Wasser fortgesetzt wurden. Da das Einnässen nicht nachließ, baute sie mir das Bett ab und ließ mich auf dem Fußboden schlafen, während die kleinere Schwester in einem richtigen Gitterbett schlief. Am Tage sperrte sie mich im Kinder- oder Badezimmer ein, während sie mit der kleineren Tochter spazieren ging. Ich schrie und weinte, doch keiner antwortete mir, keiner reagierte auf mein Rufen oder kam mir zur Hilfe.

Ich bekam schon bald Alpträume, die sich jeden Abend wiederholten. Wenn ich schließlich laut zu weinen anfang, brachte mir die leibliche Mutter ein Glas Wasser ans Bett und beruhigte mich mit den Worten: „Morgen fahren wir wieder zu Tante Betty“, womit sie meine Mutter meinte, die ich noch immer liebte. Sie schien dies zu spüren und verbat mir, sie am Telefon als meine Mutter anzusprechen. Ich sollte auf einmal stattdessen Frau Lehmann zu ihr sagen. Da mein Wille schon hinreichend gebrochen war, folgte ich der Anweisung aus Angst, sonst wieder Schläge zu bekommen oder, noch schlimmer – im Zimmer eingesperrt zu werden. Auch drohte sie mir, wenn ich

nicht immer artig sei, käme ich in den Keller, wo sich Löwen und Tiger befänden, die nur darauf warteten, mich auffressen zu können. Da ich ihr glaubte, wagte ich nicht, ihr in irgendeiner Weise zu widersprechen bzw. mich ihr zu widersetzen. Auch habe ich erlebt, wie ein Kind, das bloß etwas unruhig und zappelig war, in den Keller gebracht wurde und dort furchtbar schrie. Ich habe dieses Kind nicht wiedergesehen und glaubte daher noch fester an diese Schreckensgeschichten.

Schließlich hielt es die leibliche Mutter wohl nicht mehr mit mir aus und sagte eines Tages: „Heute kommst du wieder zu Tante Betty.“ Mich überkam ein Gefühl der grenzenlosen Erleichterung und Freude, doch ich sagte nichts, aus Angst, sie könnte es sich noch mal anders überlegen.

All diese Erinnerungen, die ich noch immer deutlich in mir habe, wirken sich bis heute auf mein Leben aus. Noch immer verspüre ich Angst, wenn ich irgendetwas allein bewältigen soll. Ich bekomme schon lange vorher Panik, wenn ich z.B. einen Weg allein gehen soll. Ich stelle mir mit Schrecken vor, was passieren könnte, wenn ich mich verliere. Wenn dieses dann wirklich eintritt, überkommt mich ein tiefes und lähmendes Verlassenheitsgefühl. Ich habe das Gefühl, aus dieser Situation nicht allein herauskommen zu können, was in mir Todesängste auslöst, die mich am Nachdenken und Handeln hindern.

Auch wenn ich in der Bahn sitze, habe ich solche Angstgefühle. Die Straßenbahn war stets ein Bestandteil meiner Alpträume, weshalb ich den Geruch und das Geräusch der fahrenden Bahn noch immer negativ in Erinnerung habe. Von dem Tag an, als ich wieder in meiner geliebten Familie war, ließen diese Alpträume allmählich nach, bis sie schließlich ganz aus meinen Nächten verschwanden, sodass ich überwiegend schöne Träume habe.

Ich bin heute in psychotherapeutischer Behandlung, um meine Geschichte aufzuarbeiten und so gegen meine Todesängste in kleineren Schritten anzukommen. Es ist für mich sehr schwierig und bedeutet sehr viel innere Bereitschaft, mir darüber klar zu werden, wo die Hauptprobleme liegen und wie sie verringert bzw. ausgelöscht werden können, falls dieses überhaupt jemals möglich sein wird.

Wenn man bedenkt, dass mir diese Angst und die damit verbundene Behandlung mit großer Wahrscheinlichkeit erspart geblieben wären, hätte man mich in meiner Familie gelassen, so muss man feststellen, dass die Idee der Rückführung unverantwortlich war. Wenn es so klar zu erkennen ist, dass sich das Kind in der neuen Familie schon eingelebt hat, sich dort geborgen fühlt und sich darüber hinaus mit Händen und Füßen wehrt, wieder in die Ursprungsfamilie zurückgehen zu müssen, sollte auf die Gefühle des Kindes gehört werden. Aus mir wäre keine Abiturientin und Jurastudentin geworden, wäre ich in der leiblichen Familie geblieben. Diese Familie hätte sich wahrscheinlich nicht einmal um eine ordentliche Beschulung gekümmert oder mir während der Schulzeit auch nur annähernd geholfen, weil sie es vermutlich auch gar nicht gekonnt hätte.

Ich wäre wahrscheinlich ein gebrochener Mensch geworden, der an nichts so recht seine Freude gefunden hätte. Es ist ein blankes Wunder, dass die leibliche Mutter sich plötzlich umentschieden und mich wieder in meine Familie zurückgebracht hat. Aufgrund meiner Blindheit wurde sie anscheinend nicht mehr mit mir fertig und da mich glücklicherweise kein Kinderheim aufgenommen hatte, blieb ihr wohl keine andere Möglichkeit, als mich wieder dorthin zu bringen, wo sie mich vor einiger Zeit herausgerissen hatte. Insofern kann man sogar sagen, dass meine Blindheit in dieser Situation ein echter Glücksfall gewesen ist, da ich ansonsten wohl im Heim gelandet wäre.

Abschließend möchte ich sagen, dass ich Gott überaus dankbar dafür bin, dass er mir eine so wunderbare Familie geschenkt hat. Gott ist für mich das Wichtigste in meinem Leben geworden, denn nur ihm habe ich es zu verdanken, dass ich trotz des vorangegangenen Leides ein glückliches und erfülltes Leben führen kann. Ich habe Begabungen mitbekommen, die ich nur in meiner Familie entdecken konnte, die in der leiblichen Familie mit Sicherheit gänzlich verkümmert wären. Er hat mein Leben so sehr geprägt, dass ich mir ein Leben ohne ihn gar nicht vorstellen kann und möchte. Früher war es daher auch immer mein Wunsch gewesen, einmal Theologie zu studieren. Ich weiß nicht, wie ich schließlich aufs Jurastudium gekommen bin, doch ich denke, es ist für mich das Richtige, da es mich wirklich interessiert. Ich kann sicher auch als Juristin eine Menge für ihn tun.

## **Die Auswirkungen traumatischer Erfahrungen in der Vorgeschichte von Pflegekindern**

### **1 Einleitung**

Im Gegensatz zu vielen Adoptionsentscheidungen, die häufig im Säuglings- oder spätestens Kleinkindalter fallen, sind viele spätere Pflegekinder in ihrer frühen Kindheit einer Fülle von traumatisierenden Faktoren ausgesetzt gewesen. Während den häufig traumatischen Folgen von Kindesmisshandlung und sexuellem Missbrauch allgemein größere Beachtung geschenkt wird, werden die schleichenden Folgen chronischer Vernachlässigung häufig zu lange übersehen und in Kauf genommen. Unklare Kriterien bei der Einschätzung der Gefährdung der kindlichen Lebensumstände führen dazu, dass Kinder bisweilen mehreren Beziehungsabbrüchen in ihren ersten Lebensjahren exponiert werden. Sie wechseln von vernachlässigenden Milieus in versorgende, kehren in die Herkunftsfamilien zurück, bedürfen stationärer Behandlung, um dann wieder in institutionellen Zusammenhängen oder schließlich in Pflegefamilien betreut zu werden. Es ist schnell verständlich, wie aus solch schleichenden Verläufen eine tiefe Bindungsunsicherheit entstehen kann. Die Erwartung, in Beziehungen zu scheitern, die Furcht, dass Hoffnungen wieder enttäuscht werden, wird so nicht zuletzt auch durch halbherzige Interventionen mit geprägt. In die UN-Kinderrechtskonvention haben verschiedene entwicklungspsychologische und entwicklungspsychopathologische Erkenntnisse Eingang gefunden, sodass sich aufgrund der aus den Erfahrungswissenschaften vorliegenden Rechtstatsachen auch Rechtsansprüche von Kindern formulieren lassen. Es wird in Zukunft eine Aufgabe für die helfenden Berufe im Bereich der Sozialarbeit, der psychologischen, sozialpädiatrischen sowie kinder- und jugendneuropsychiatrischen psychotherapeutischen Versorgung sein, spezifische prognostische Kriterien zu entwickeln. In Anlehnung an die in der UN-Kinderrechtskonvention formulierten Konzepte möchte ich einige Bereiche der Versorgung als basic needs von Kindern beschreiben. Dies soll die Tatsache zum Ausdruck bringen, dass diese Kriterien, wenn es hier um eine Gefährdung des Kindeswohls geht, nicht unter dem Aspekt der Optimalität, sondern unter dem Aspekt des noch-Hinreichens diskutiert werden müssen. Das kindliche Bedürfnis nach Liebe und Akzeptanz ist sowohl in der Präambel der UN-Kinderrechtskonvention als auch in den Artikeln 6, 12, 13 und 14 angesprochen. Feindselige Ablehnung durch die Eltern und Zuschreibung einer Sündenbockposition werden auch von der WHO (Weltgesundheitsorganisation) als psychosoziale Faktoren eingeschätzt, die für die Entwicklung von Kindern ein Risiko darstellen. Die Bedürfnisse nach adäquater Ernährung und Versorgung werden z.B. in den Artikeln 26, 27 und Artikel 32 angesprochen. Zentral für die Frage der Traumatisierungsfolgen sind die in den Artikeln 16, 19 und 34 bis 40 erwähnten Bedürfnisse nach Unversehrtheit, nach Schutz vor Gefahren von materieller, emotionaler und

sexueller Ausbeutung. Werden diese Grundbedürfnisse nicht respektiert, kann es bei Kleinkindern zu erheblichen Gedeih- und Entwicklungsstörungen kommen, welche sich in schweren emotionalen Problemen und kognitiven Entwicklungsrückständen auswirken. Bei nicht hinreichend beaufsichtigten Kindern steigt die Gefahr häuslicher Unfälle, die Folgeschäden von mangelnder Versorgung und Pflege und mangelnder Aufsicht kumulieren z.T. zu bleibenden Gesundheitsschäden; bei vielen dieser Kinder ist deshalb auch ihr Basisbedürfnis nach hinreichender gesundheitlicher Fürsorge (Artikel 23, 24, 25 und Artikel 33) nicht gewährleistet. Die UN-Kinderrechtskonvention legt einen großen Wert auf die Berücksichtigung emotionaler Bedingungen und sozialer Beziehungen (Artikel 8 bis 11, 20 bis 22). Allerdings muss bedacht werden, dass viele dieser Kinder mit wechselnden Betreuungspersonen und angesichts der Unzuverlässigkeit primärer Beziehungspersonen schon früh dem Risiko ausgesetzt sind, erhebliche Bindungsstörungen zu entwickeln. Ein weiteres Grundbedürfnis von Kindern ist das Bedürfnis nach kognitiver Anregung und Förderung, formuliert in den Rechten auf Wissen und Bildung (Artikel 17, 28 bis 31).

Im Folgenden soll zunächst theoretisch und dann auf der Basis eigener Untersuchungsergebnisse empirisch zu den Auswirkungen früher Traumatisierung Stellung genommen werden.

## **2 Auswirkungen früher Belastungen**

Ernst und v. Luckner (1985) provozierten schon allein durch die Fragestellung ihres Buches: „Stellt die Frühkindheit die Weichen“ und hoben hervor, wie im weiteren Lebensverlauf wesentliche Ereignisse und Beziehungen erhebliche Einflüsse auf die Entwicklung haben können. In einer späteren Arbeit kontrastiert Frau Ernst ein so genanntes Reifungsmodell mit einem Umweltmodell. Sie unterscheidet Autoren, welche die Bedeutung belastender Ereignisse in der Frühkindheit im Vergleich zur späteren Kindheit für die Entstehung psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen stärker gewichten, von jenen, welche Risiko- und Umweltfaktoren, aber auch protektive Elemente im späteren Verlauf im Vordergrund sehen. Die Bewertung dieser Gegenüberstellung fällt deshalb schwer, weil frühkindliche Belastungen sich ohne Intervention in der Regel im gleichen Sinne später fortsetzen, d.h. ein Kind, das früh vernachlässigt, misshandelt oder sexuell missbraucht wurde, wird in der Regel ohne Intervention in den gleichen Verhältnissen auch weiter misshandelt werden. Andererseits zeigte es sich in der Mannheimer Schülerstudie, dass die medizinischen frühen prae- und perinatalen Risiken bereits im Schulalter gegenüber aktuellen Belastungsfaktoren zurücktreten, sodass die sozialen Umwelteinflüsse an Bedeutung gewinnen. Im Mannheimer Kohortenprojekt erwies sich die Trennung von der Mutter nicht als Risikofaktor für die psychische Entwicklung der Kinder. Ein eindeutiger Risikofaktor aber war die Exposition gegenüber lang andauernden Streitbeziehungen von Eltern. Diese stellt ohne Zweifel eine der größten psychopathologischen Gefährdungen dar. Gute Beziehungen zu einer Pflegeperson haben sich in vielen Studien als protektiver

Faktor erwiesen. Will man nun die Folgen von Fremdunterbringungen, z.B. in Pflegefamilien untersuchen, ist man mit dem Problem konfrontiert, dass Fremdunterbringungen in der Regel mit Risiken verbunden sind, welche schon vor der Trennung sich massiv negativ auf die psychische Entwicklung der Kinder ausgewirkt haben. Bilanzierend kann deshalb festgestellt werden, dass die häufig gefürchteten Trennungseinschnitte insgesamt geringere Bedeutung als die jahrelangen negativen Einwirkungen von Misshandlung, Vernachlässigung, Missbrauch oder der Kombination dieser Belastungen haben. Ein häufiger Pflegestellenwechsel, d.h. die Potenzierung von Trennungserfahrungen muss allerdings auch als ein hohes Risiko auf dem Weg in eine „Scheitererkarriere“ betrachtet werden. Sowohl die UN-Kinderrechtskonvention als auch die deutsche Gesetzgebung und Rechtsprechung legen einen deutlichen Akzent auf die Respektierung von kindlichen Bindungen. Dies führte in der Praxis zu bestimmten Tendenzen in Umgangsentscheidungen, welche von den Hauptbetreuungspersonen häufig als starke Belastung erlebt werden. Viele Jugendämter legen bei der Vermittlung in eine Pflegefamilie Wert darauf, dass diese Familie sich auch dazu bereit erklärt, dem Kind Kontakt mit der Herkunftsfamilie zu ermöglichen. Diese Kontaktgebote enden häufig in einer Überforderung aller Beteiligten. Andererseits stellt für „abgegebene“, in Pflege gegebene, von ihren leiblichen Eltern getrennte Kinder die Auseinandersetzung mit der Herkunftsfamilie und mit den Ursachen für die Trennung von diesen Wurzeln eine lebenslange Entwicklungsaufgabe dar. Mich irritieren bei den Kontroversen um Umgang und die zentrale Bedeutung der Bindungstheorie häufig die ideologisch verfestigten klaren Positionen. Ich bin weder davon überzeugt, dass Umgang in jedem Fall schlecht ist, noch dass Umgang auf jeden Fall zum Wohl des Kindes - auch gegen alle Beteiligten rein um des Prinzips der Erhaltung früher Bindungen willen - durchgesetzt werden muss. Generelle Aussagen zu dieser Thematik werden häufig den spezifischen Ausgangslagen einzelner Kinder z.B. ihrem Temperament (vgl. Kagan, 1987) nicht gerecht. Moderne entwicklungspsychologische Ansätze wie der passungstheoretische Ansatz (Lerner u. Lerner, 1994) beziehen sich nicht allein auf die Bindungstheorie, sondern stellen als stabilisierender Beziehungsfaktor vor allem auch das „Zusammenpassen“ von kindlichen konstitutionellen und Entwicklungsfaktoren und den Einstellungen und Persönlichkeitsstrukturen der Versorgungspersonen fest. Zwar gibt es in der Wissenschaft Kontroversen um die Bindungstheorie (vgl. Perrig-Chiello, 1997), dennoch kann davon ausgegangen werden, dass frühkindliche Bindungserfahrungen lebenslange Bedeutung haben. Dies bedeutet aber gerade, dass Vernachlässigung und Misshandlung zu lebenslangen Störungen des Bindungsverhaltens führen können, welche wiederum bei der Beziehungsgestaltung zu Pflegekindern berücksichtigt werden müssen. Die kognitiven Auswirkungen der Vernachlässigung und der Deprivation wurden schon sehr früh beschrieben (Duffee u. Wolff, 1933, Levi, 1937, Ribbel, 1941). Gerade das Elend der Kriegswaisen führte zur systematischeren Erforschung des Deprivationselends, z.B. Spitz (1945, 1946). Bowlby, der der Bindungsforschung mit seinem Hauptwerk den theoretischen Rahmen gab, beschrieb Formen der Bindungsunsicherheit wie Distanzlosigkeit, Bindungsängstlichkeit (Bowlby, 1969, 1973, 1980, 1988). Seine Schülerin Ainsworth (1978) systematisierte die Theorie und beschrieb in der sog. fremden Situation (stran-

ge situation) eine quasi experimentelle Möglichkeit zur Überprüfung der Qualität der Beziehungen. Aufgrund des Verhaltens in dieser Trennungssituation unterschied sie die Kinder in sicher gebundene Kinder (B), unsicher vermeidend gebundene Kinder (A) und unsicher ambivalent gebundene Kinder (C), je nachdem, wie die Kinder sich bei der „Wiedervereinigung“ mit primären Versorgungspersonen verhielten. Spätere Forschung zeigte eindeutig, dass unsicher gebundene und deprivierte Kinder häufiger unter Aufmerksamkeitsstörungen leiden. Ihr IQ ist geringer ausgeprägt (Hodges u. Tizard, 1989, u. Vyt, 1993). Demgegenüber wurde bei sicher gebundenen Kindern größere Neugier und größere Leistungsbereitschaft und Ausdauer festgestellt. Mackner et al. (1997) beschrieben einen kumulativen Effekt von Vernachlässigung und Gedeihstörungen für die kognitive Entwicklung. In der Mannheimer Risikokinderstudie (Esser et al., 1995) wurde festgestellt, dass bei hohen organischen Entwicklungsrisiken eine gute Mutter-Kind-Interaktion ein protektiver Faktor ist. Dies bedeutet, dass bestimmte Entwicklungsrisiken auch durch die Beziehungsqualität aufgefangen werden können. Stehen keine hinreichend guten Beziehungen zur Verfügung, wirken sich ohnehin vorhandene Risiken verstärkt aus. Dieser große Einfluss früher Traumatisierungen, Vernachlässigung und Bindungsunsicherheit auf die kognitive Entwicklung führt dazu, dass in der Pflegefamilie die kognitive Förderung der Kinder zum Maßstab für die Qualität der Pflegefamilie zu werden scheint. Förderung und das Aufholen im Entwicklungsbereich ist durch Testverfahren mess- und überprüfbar. Hier kann also eine scheinbar objektive Entwicklungsbilanz erstellt werden. Die Pflegeeltern sehen hier ihre Erfolge oder meinen zu scheitern. Demgegenüber wird eine emotionale Entwicklungsbilanz sehr viel seltener offen wahrgenommen. Dabei sind Emotionen der Gradmesser für die Familienfunktion. Ein Überwiegen positiver Emotionen im Umgang mit dem Kind ist wichtig, um überhaupt ein Interesse an der Interaktion mit dem Kind aufrechtzuerhalten und es in seiner Selbstwertentwicklung zu unterstützen. Gerade bei schwertraumatisierten Kindern führen die massiven Selbstwertdefizite auch zu einer allgemeinen Leistungsängstlichkeit. Deshalb ist die Beachtung der emotionalen Beziehungsqualität eine wesentliche Voraussetzung für das Gelingen von Pflegeverhältnissen. Eine negative Emotionsbilanz führt zu elterlicher Überempfindlichkeit, zur Vermeidung des Kontakts mit dem Kind, zu Bestrafungstendenzen, zur Maximierung von Kontrolle aus Angst vor Kontrollverlust und zu einer Einengung auf die eigene Sichtweise, ja schließlich zum Verlust von Empathie in das betreute Kind. Dabei ist Empathie in die Sichtweise des Kindes zentral für die Vorbereitung von Veränderungen. Eine Konzentration auf die Bedürfnisse des Kindes und eine tatsächliche Einfühlung in die Situation des Kindes verstärkt seine Bindungsfähigkeit, die durch die frühe Traumatisierung labilisiert ist. Insofern ist bei jeder angestrebten Verhaltensänderung zuerst zu prüfen, wo beim Kind eine Motivation für dieses Ziel gefunden werden könnte. Pflegeeltern sollten Erziehungsziele, -pläne und -erwartungen offen legen und überprüfen, ob sie überhaupt realistisch sind, denn - wie bei allen anderen Eltern auch - beruhen enttäuschte Erwartungen von Pflegeeltern häufig auf latenten Ideologien und Überzeugungen. Diese inneren Annahmen, was für dieses Kind doch erreicht werden müsste, sind meistens ungnädiger als ausgesprochene Erziehungsziele. Ähnlich radikal können innere Annahmen von Eltern sein, warum

Kinder „Schwierigkeiten“ machen. Dabei werden negativem Verhalten von Kindern häufig bewusst negative Motive unterstellt, während positives Verhalten hingenommen wird, ohne dass hier eine positive Motivation, d.h. das Bestreben des Kindes, es den Eltern recht zu machen, wahrgenommen wird. Auch ein überzogenes Harmoniebedürfnis bzw. Schwierigkeiten im Umgang mit Konflikten, die unweigerlich bei schwertraumatisierten Kindern entstehen, können zu Erziehungsschwierigkeiten führen. Deshalb ist es wichtig, sich in Erinnerung zu führen, dass Konflikte zwischen Eltern und kleinen Kindern völlig normal sind. Dix (1991) fand, dass es 3 ½ bis 15 mal pro Stunde in der Regel zum Konflikt zwischen Eltern und kleinen Kindern kommt. Deshalb müssen Eltern lernen, mit eigenem Ärger, Wut und Frustration umzugehen und diese nur dosiert an Kinder weiterzugeben. Verschiedene Untersuchungen zeigten, dass überzogene ärgerliche und harte elterliche Reaktionen bei traumatisierten Kindern mit Gegenübertragungsphänomenen, also mit dem, was das Verhalten der Kinder in den Emotionen der Eltern auslöste, aber auch mit Stress, Depression und fehlender sozialer Unterstützung zusammenhängen. Hennessy et. al. (1994) konnten zeigen, dass misshandelte Mädchen vor allem mit Furcht, Jungen auch mit Ärger und Wut, auf Videosequenzen reagierten, welche Eltern in einer ärgerlichen Interaktion zeigten. Wir müssen deshalb bei früh traumatisierten Kindern von einer noch höheren Sensibilität in Bezug auf solche Auseinandersetzungen ausgehen.

### **3 Einige Ergebnisse aus unserer Inanspruchnahmepopulation**

Die von mir noch in der Abteilung für Psychiatrie, Neurologie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters des Virchow-Klinikums der Humboldt-Universität zu Berlin (Leitung: Prof. Dr. U. Lehmkuhl) durchgeführte Analyse in der Inanspruchnahmepopulation der Abteilung (n = 2626) basiert auf der in der Kinder- und Jugendpsychiatrie allgemein verbreiteten multiaxialen Diagnostik nach den Standards der WHO. Hierbei wird die Problemlage des Kindes auf mehreren Beschreibungsachsen erörtert, sodass dann schließlich in einer Gesamtschau Unterstützungsfaktoren, protektive Faktoren, das Wissen um den Verlauf einzelner Problematiken in bestimmten Altersstufen und die multiaxial beschriebene Ausgangssituation des Kindes hinsichtlich des individuellen Förderbedarfs abgewogen werden können. Die 1. Achse beschreibt nach internationalen Konventionen der ICD 10 (Internationale Klassifikation der Erkrankungen durch die WHO) die kinderpsychiatrische Diagnose. In einer 2. Achse werden die bei ehemals deprivierten Pflegekindern so wesentlichen Entwicklungsstörungen im sprachlichen, motorischen Bereich, vor allem aber auch die kombinierten Entwicklungsstörungen, die sich hier häufig antreffen lassen, beschrieben. Eine 3. Achse dient zur Beschreibung des Intelligenzniveaus. Der Tatsache, dass körperliche Grund- und/oder Begleiterkrankungen berücksichtigt werden müssen, trägt Achse 4 Rechnung. Achse 5 beschreibt ebenfalls nach einer Übereinkunft der WHO die Bedeutung psychosozialer Belastungen, während die 6. Achse allgemein den Schweregrad der sozialen Funktionseinschränkung beschreibt. Hier wird also ein Maß für das Zurechtkommen im Alltag, d.h. auch für das Ausmaß des Pflegeaufwandes, definiert. Von den in den Jahren 1992 bis 1996

nach diesen Standards diagnostizierten in Berlin vorgestellten Kindern lebten 79,1 % mit ihrer leiblichen Mutter zusammen. Nur knapp die Hälfte - entsprechend 49 % - lebte auch mit dem Vater zusammen. 2,6 % der Kinder lebten bei Adoptiveltern, 4,8 % bei Pflegeeltern, 2,3 % in Großeltern- oder Verwandtenpflege, 9,9 % der Kinder lebten im Heim. Deutlich wird, dass im Vergleich zum Bevölkerungsquerschnitt in einer hochselegierten Population von psychisch auffälligen Kindern Pflege- und Heimkinder wie auch Adoptivkinder überrepräsentiert sind. Deshalb stellten wir uns die Frage, ob diese Kinder spezifische Störungsbilder zeigen, die vielleicht auch Folgen der frühen Traumatisierungen sein könnten, oder ob sie mit den gleichen Problemen wie die anderen Kinder vorgestellt werden. Insbesondere interessierte uns die Frage, ob bei Pflege- und Adoptivkindern gehäuft klinisch relevante Bindungsstörungen, wie sie in der ICD 10 von der WHO definiert werden, auftreten.

Reaktive Bindungsstörung des Kindesalters:

Diese Störung tritt bei Kleinkindern und jungen Kindern auf und ist durch anhaltende Auffälligkeiten im Muster der sozialen Beziehungen des Kindes charakterisiert. Sie sind von einer emotionalen Störung begleitet und reagieren auf Wechsel in den Milieuverhältnissen. Häufig kommen Furchtsamkeit und Übervorsichtigkeit, die auf Zuspruch nicht ansprechen, vor; sowie gegen sich selbst und andere gerichtete Aggressionen und Unglücklichsein. In einigen Fällen tritt eine Wachstumsverzögerung auf. Das Syndrom ist wahrscheinlich direkte Folge ausgeprägter elterlicher Vernachlässigung, Missbrauch oder schwerer Misshandlung. Die Existenz dieses Verhaltensmusters ist allgemein bekannt und akzeptiert. Es besteht jedoch weiterhin Unsicherheit bezüglich der anzuwendenden diagnostischen Kriterien, der Grenzen des Syndroms und darüber, ob es sich um eine nosologische Einheit handelt. Dennoch wird diese Kategorie wegen ihrer Bedeutung für das Gesundheitswesen hier aufgenommen, weil es keinen Zweifel darüber gibt, dass sie existiert (trotz Uneinigkeit über die präzise Definition) und weil das Verhaltensmuster erwiesenermaßen nicht die Kriterien anderer diagnostischer Kategorien erfüllt.

Diagnostische Leitlinien: Das Hauptmerkmal ist ein abnormes Beziehungsmuster zu Betreuungspersonen, das sich vor dem Alter von fünf Jahren entwickelt, mit mangelnder Anpassung, die bei unauffälligen Kindern meist nicht gesehen wird. Es dauert an, ändert sich jedoch bei ausreichend deutlichem Wechsel im Betreuungsmuster.

Diese stark ausgeprägten frühen Bindungsstörungen sind in der allgemeinen Inanspruchnahmeklientel eher selten. Von den Kindern, die bei ihrer leiblichen Mutter lebten, zeigten nur 0,14 % eine solche Bindungsstörung, 2,9 % der Kinder, die bei Adoptiveltern aufwuchsen, litten unter Bindungsstörungen, aber 26,4 % der Kinder in Pflegefamilien, 8,8 % der Kinder in Großeltern- oder Verwandtenpflege und 12,7 % der (im Durchschnitt älteren und deshalb unterproportional mit dieser Diagnose des Kindesalters versehenen) Heimkindern zeigten das volle Bild einer schweren frühen Bindungsstörung. Die in der ICD 10 ausführlich geschilderten und hier wiedergegebenen Symptome stellen eine häufige Folge früher Depressionen und damit eine große Herausforderung gerade an Pflegefamilien dar. In einer Teilpopulation von insgesamt 1490 Jungen und 849 Mädchen, bei denen eindeutige Angaben über Misshandlungs- und Missbrauchsvorgeschichte sowie Vernachlässigungsvorgeschichte vorlagen, un-

tersuchten wir die Folgen früher Traumatisierung. In dieser Teilstichprobe der Berliner Inanspruchnahmepopulation waren  $n = 172$  (20,3 %) der Mädchen und 90 Jungen (6 %) sexuell missbraucht worden. Die Missbrauchsdefinition erfolgte nach den allgemein anerkannten Kriterien der WHO, berücksichtigt wurde hier nur nach diesen Kriterien sicherer Missbrauch mit Berührung oder Penetration. Univariate statistische Vergleiche zeigten einige hochsignifikante Unterschiede zwischen den sexuell missbrauchten und nicht missbrauchten Kindern in unserer Inanspruchnahmepopulation. So lebten signifikant mehr missbrauchte Kinder nur noch mit einem biologischen Elternteil oder gar nicht mehr bei den leiblichen Eltern. Offensichtlich führt das Trauma sexueller Missbrauch relativ häufig zu einer Herausnahme. Während der Anteil der nicht bei ihren Eltern lebenden Kinder bei den nicht missbrauchten Mädchen bei 18 % lag, lebten z.B. 32 % der missbrauchten Mädchen in einem Heim oder einer Pflegefamilie. Hochsignifikant sind auch die Unterschiede in Bezug auf die Belastung mit Misshandlungen und Vernachlässigungen. 47 % der missbrauchten Mädchen versus 19,5 % der nicht missbrauchten erlebten in ihrer Vorgeschichte inadäquate Aufsicht durch die Eltern und eine Erziehung, die nur unzureichende Erfahrung vermittelte. Misshandelt wurden 37,2 % versus 7,1 %. Die Ergebnisse bei den Jungen deuten die gleiche Tendenz an. So wurden 32 % der missbrauchten Jungen auch körperlich misshandelt versus 9,5 % in der übrigen Inanspruchnahmepopulation.

Durch diese statistischen Analysen wird deutlich, dass die isolierte Betrachtung einzelner frühkindlicher Traumata häufig in die Irre führt, weil Kombinationen von Belastungen die Regel, nicht die Ausnahme darstellen. Während im juristischen Diskurs, z.B. bei Sorgerechtsentscheidungen, bestimmte herausragende Misshandlungs- oder Missbrauchereignisse wie einmalige Übertretungen behandelt werden, muss man in der entwicklungspsychopathologischen Realität davon ausgehen, dass in der Regel nur die Spitze eines Eisbergs justitiabel wird und dass eine Fülle von Belastungen vor Gericht unter der Oberfläche verborgen bleibt. Durch 2 logistische Regressionsgleichungen überprüften wir, ob diese in den univariaten Vergleichen signifikanten Variablen auch in einem multivariaten Modell ihre Aussagekraft behalten. Dabei konnten wir die kumulativen Belastungen durch einzelne Traumata im Sinne von erhöhten Risiken ausdrücken. Der statistische Begriff für diese Risikobeschreibung „odds-ratio“ ist der englischen Pferdewette entlehnt, wobei die odds das Chancenverhältnis der gesetzten Pferde ausdrücken. Da es hier nicht um Gewinnchancen, sondern um Belastungen geht, muss allerdings hier von Risiken gesprochen werden. Sexuell missbrauchte Mädchen hatten ein fast 8fach so hohes Risiko in ihrer Vorgeschichte auch körperlich misshandelt worden zu sein. Dieses Risiko unterscheidet sich hochsignifikant von der allgemeinen Inanspruchnahmepopulation. Ebenfalls hochsignifikant ist das Vernachlässigungskriterium einer Erziehung, die unzureichende Erfahrungen vermittelt in einer fast 3½fachen odds-ratio. Ähnliche Verhältnisse ergab die Regressionsgleichung für die Jungen mit einem 6fach erhöhten Risiko für kombinierte körperliche Misshandlungen und dem noch signifikanten Zusammenhang (knapp 3fach erhöhtes Risiko) für Vernachlässigung. Verschiedene Verhaltenschecklisten sollten vor einigen Jahren vor allem die Diagnostik sexuell missbrauchter Kinder erleichtern. Hierbei wurden für einen Kinder- und Jugendpsychiater in erschreckender Weise sehr